Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale" n. 165 del 16 luglio 1999 - Serie generale

Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Venerdì, 16 luglio 1999** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI VIA ARENULA 70 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO LIBRERIA DELLO STATO PIAZZA G. VERDI 10 00100 ROMA CENTRALINO 85081

N. 132/L

DECRETO LEGISLATIVO 19 giugno 1999, n. **229.**

Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.

DECRETO LEGISLATIVO 22 giugno 1999, n. **230.**

Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419.

SOMMARIO

LEGGI, DECRETI E ORDINANZE PRESIDENZIALI

DECRETO LEGISLATIVO 19 giugno 1999, n. **229.**

Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 76 e 87 della Costituzione;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

Visti gli articoli 1 e 2 della legge 30 novembre 1998, n. 419;

Visto l'articolo 10, comma 1, della legge 13 maggio 1999, n. 133;

Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 14 aprile 1999;

Sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative;

Visto il parere della Conferenza unificata di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Acquisito il parere delle commissioni permanenti della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 18 giugno 1999;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri e del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, delle finanze, del lavoro e della previdenza sociale, dell'industria, del commercio e dell'artigianato, dell'ambiente, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, per la solidarietà sociale, per gli affari regionali e per la funzione pubblica;

E M A N A

il seguente decreto legislativo:

Art. 1

(Modificazioni all'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. L'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

"Art. 1

(Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza)

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

3. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

4. Le regioni, singolarmente o attraverso strumenti di autocoordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati in esso o negli atti che ne costituiscono attuazione. Le regioni trasmettono al Ministro della sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo.

5. Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, sentite le commissioni parlamentari competenti per la materia, le quali si esprimono entro trenta giorni dalla data di trasmissione dell'atto, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, le quali rendono il parere entro venti giorni, predispone il Piano sanitario nazionale, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 4. Il Governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è

tenuto a motivare. Il piano è adottato ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281

6. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono, per il 1998-2000:

a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;

b) l'assistenza distrettuale;

c) l'assistenza ospedaliera.

7. Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;

b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;

c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

8. Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal Servizio sanitario nazionale esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della sanità.

9. Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale ed è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio con la procedura di cui al comma 5.

10. Il Piano sanitario nazionale indica:

a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;

b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;

c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;

d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovraregionale;

e) i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socioassistenziali degli enti locali;

f) le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;

g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;

h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;

i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

11 I progetti obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale sono adottati dal Ministro della sanità con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri

Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

12. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità:

a) illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;

b) descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;

c) espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;

d) riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali;

e) fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

13. Il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-*bis*, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal Servizio sanitario nazionale.

14. Le regioni e le province autonome trasmettono al Ministro della sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale. Il Ministro della sanità esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

15. l Ministro della sanità, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, promuove forme di collaborazione e linee guida comuni in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento.

16. La mancanza del Piano sanitario regionale non comporta l'inapplicabilità delle disposizioni del Piano sanitario nazionale.

17. Trascorso un anno dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale senza che la regione abbia adottato il Piano sanitario regionale, alla regione non è consentito l'accreditamento di nuove strutture. Il Ministro della sanità, sentita la regione interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella regione al Piano sanitario nazionale, anche mediante la nomina di commissari *ad acta*.

18. Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Esclusivamente ai fini del presente decreto sono da considerarsi a scopo non lucrativo le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, qualora ottemperino a quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 10, comma 1, lettere *d), e), f), g),* e *h),* e comma 6 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460; resta fermo quanto disposto dall'articolo 10, comma 7, del medesimo decreto. L'attribuzione della predetta qualifica non comporta il godimento dei benefici fiscali previsti in favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale dal decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460."

Art. 2

(Modificazioni all'articolo 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. All'articolo 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dopo il comma 2 sono aggiunti i seguenti:

"2-*bis*. La legge regionale istituisce e disciplina la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali, ove istituito. Fanno, comunque, parte della Conferenza: il sindaco del comune nel caso in cui l'ambito territoriale dell'Azienda unità sanitaria locale coincida con quella del comune; il presidente della Conferenza dei sindaci, ovvero il sindaco o i presidenti di circoscrizione nei casi in cui l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale sia rispettivamente superiore o inferiore al territorio del Comune; rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.

2-*ter*. Il progetto del Piano sanitario regionale è sottoposto alla Conferenza di cui al comma 2-*bis*, ed è approvato previo esame delle osservazioni eventualmente formulate dalla Conferenza. La Conferenza partecipa, altresì, nelle forme e con le modalità stabilite dalla legge regionale, alla verifica della realizzazione del Piano attuativo locale, da parte delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4, e dei piani attuativi metropolitani.

2-*quater*. Le regioni, nell'ambito della loro autonomia, definiscono i criteri e le modalità anche operative per il coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 8 giugno 1990, n. 142, nonché l'eventuale costituzione di appositi organismi.

2-*quinquies*. La legge regionale disciplina il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo in particolare le procedure di proposta, adozione e approvazione del Piano attuativo locale e le modalità della partecipazione ad esse degli enti locali interessati. Nelle aree metropolitane il piano attuativo metropolitano è elaborato dall'organismo di cui al comma 2-*quater*, ove costituito.

2-*sexies*. La regione disciplina altresì:

a) l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali, le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, salvo quanto

previsto dal presente decreto per quanto attiene alle aziende ospedaliere di rilievo nazionale e interregionale e alle altre strutture pubbliche e private accreditate;

b) i princìpi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*;

c) la definizione dei criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti, da parte dell'atto di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, tenendo conto delle peculiarità delle zone montane e a bassa densità di popolazione;

d) il finanziamento delle unità sanitarie locali, sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente con criteri coerenti con quelli indicati all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

e) le modalità di vigilanza e di controllo, da parte della regione medesima, sulle unità sanitarie locali, nonché di valutazione dei risultati delle stesse, prevedendo in quest'ultimo caso forme e modalità di partecipazione della Conferenza dei sindaci;

f) l'organizzazione e il funzionamento delle attività di cui all'articolo 19-*bis*, comma 3, in raccordo e cooperazione con la Commissione nazionale di cui al medesimo articolo;

g) fermo restando il generale divieto di indebitamento, la possibilità per le unità sanitarie locali di:

1) anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi, inclusi i trasferimenti, iscritti nel bilancio preventivo annuale;

2) contrazione di mutui e accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino a un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale e interessi, non superiore al quindici per cento delle entrate proprie correnti, ad esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione;

h) le modalità con cui le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere assicurano le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai comuni ai sensi dell'articolo 2 comma 1, lettera *l)*, della legge 30 novembre 1998, n. 419.

2-*septies*. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le regioni istituiscono l'elenco delle istituzioni e degli organismi a scopo non lucrativo di cui all'articolo 1, comma 18.

2-*octies*. Salvo quanto diversamente disposto, quando la regione non adotta i provvedimenti previsti dai commi 2-*bis* e 2-*quinquies* , il Ministro della sanità, sentite la regione interessata e l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, fissa un congruo termine per provvedere; decorso tale termine, il Ministro della sanità, sentito il parere della medesima Agenzia e previa consultazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, propone al Consiglio dei Ministri l'intervento sostitutivo, anche sotto forma di nomina di un commissario *ad acta*. L'intervento adottato dal Governo non preclude l'esercizio delle funzioni regionali per le quali si è provveduto in via sostitutiva ed è efficace sino a quando i competenti organi regionali abbiano provveduto."

Art. 3

(Modificazioni all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. Il comma 1 dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dai seguenti:

"1 Le regioni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, avvalendosi anche delle aziende di cui all'articolo 4.

1-*bis*. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei princìpi e criteri stabiliti con la legge regionale di cui all'articolo 2, comma 2-*sexies*. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

1-*ter* Le aziende di cui ai commi 1 e 1-*bis* informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio,

attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Agiscono mediante atti di diritto privato. I contratti di fornitura di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, sono appaltati o contrattati direttamente secondo le norme di diritto privato indicate nell'atto aziendale di cui al comma 1-*bis*.

1-*quater*. Sono organi dell'azienda il direttore generale e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-*bis*; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate.

1-*quinquies*. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale."

2. Sono abrogati i commi 2; 4; 5, lettere *a), b), c), d), e), f)*; 6, quarto, quinto, settimo, dodicesimo, tredicesimo e quattordicesimo periodo; 7, primo, secondo, terzo, quarto, ottavo, limitatamente alle parole: "e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza" e nono periodo; 8 e 13, primo, secondo, terzo, dodicesimo, tredicesimo, quattordicesimo periodo, dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

3. Dopo l'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono inseriti i seguenti:

"*Art. 3*-bis

(*Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario*)

1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui al comma 3.

2. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio. Scaduto tale termine, si applica l'articolo 2, comma 2-*octies*.

3. Gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) diploma di laurea;

b) esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso.

4. I direttori generali nominati devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati ed attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale ed in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-*ter*, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. I contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo non superiore a sei mesi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione, sono stabiliti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, con decreto del Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. I direttori generali in carica alla data di entrata in vigore del presente decreto producono il certificato di cui al presente comma entro diciotto mesi da tale data.

5. Le regioni determinano preventivamente, in via generale, i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari. All'atto della nomina di

ciascun direttore generale, esse definiscono ed assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.

6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-*bis*, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7.

7. Quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-*bis*, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-*bis*, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporne la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-*bis* è integrata con il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.

8. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile. La regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario. Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore

amministrativo è definito, in sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa.

9. La regione può stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.

10. La carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

11 La nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. L'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera interessata, la quale procede al recupero della quota a carico dell'interessato.

12. Per i direttori generali e per coloro che, fuori dei casi di cui al comma 11, siano iscritti all'assicurazione generale obbligatoria ed alle forme sostitutive ed esclusive della medesima, la contribuzione dovuta sul trattamento economico corrisposto nei limiti dei massimali previsti dall'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, è versata dall'unità sanitaria locale o dall'azienda ospedaliera di appartenenza, con recupero della quota a carico dell'interessato.

13. In sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, si applica il comma 5 del presente articolo.

14. Il rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale è regolato dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni. Per la programmazione delle assunzioni si applica l'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

15. In sede di prima applicazione, le regioni possono disporre la proroga dei contratti con i direttori generali in carica all'atto dell'entrata in vigore del presente decreto per un periodo massimo di dodici mesi.

Art. 3-ter
(Collegio sindacale)

1. Il collegio sindacale:

a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;

b) vigila sull'osservanza della legge;

c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;

d) riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

2. I componenti del collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

3. Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, di cui due designati dalla regione, uno designato dal Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, uno dal Ministro della sanità e uno dalla Conferenza dei sindaci; per le aziende ospedaliere quest'ultimo componente è designato dall'organismo di rappresentanza dei comuni. I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di

grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.

4. I riferimenti contenuti nella normativa vigente al collegio dei revisori delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere si intendono applicabili al collegio sindacale di cui al presente articolo.

Art. 3-quater

(Distretto)

1 La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2, comma 2-*sexies*, lettera c), dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all' articolo 3-*quinquies*, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.

3. Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all' articolo 3-*quinquies*;

b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-*septies* e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;

c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa,

limitatamente alle attività sociosanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali. Nei comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'unità sanitaria locale o la supera il Comitato dei sindaci di distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circoscrizione.

Art. 3-quinquies

(Funzioni e risorse del distretto)

1 Le regioni disciplinano l'organizzazione del distretto in modo da garantire:

a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;

b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;

c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

2. Il distretto garantisce:

a) assistenza specialistica ambulatoriale;

b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;

c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;

d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;

e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;

f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

3. Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

Art. 3-sexies

(Direttore di distretto)

1. Il direttore del distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il direttore del distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto.

2. Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

3. L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

4. La legge regionale disciplina gli oggetti di cui agli articoli 3-*quater*, comma 3, e 3-*quinquies*, commi 2 e 3, nonché al comma 3 del presente articolo, nel rispetto dei princìpi fondamentali desumibili dalle medesime disposizioni; ove la regione non disponga, si applicano le predette disposizioni.

Art. 3-septies

(Integrazione sociosanitaria)

1 Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

3. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera *n)*, della legge 30 novembre 1998, n. 419, da emanarsi, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro per la solidarietà sociale, individua, sulla base dei princìpi e criteri direttivi di cui al presente articolo, le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere *a)* e *b)*, precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni. Con il medesimo atto sono individuate le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui al comma 4 e alle quali si applica il comma 5, e definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario.

4. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

5. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria,

secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.

6. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

7. Con decreto interministeriale, di concerto tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e il Ministro per la funzione pubblica, è individuata all'interno della Carta dei servizi una sezione dedicata agli interventi e ai servizi sociosanitari.

8. Fermo restando quanto previsto dal comma 5 e dall'articolo 3 *quinquies*, comma 1, lettera *c*), le regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.

Art. 3-octies

(Area delle professioni sociosanitarie)

1. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale e con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentito il Consiglio superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto è disciplinata l'istituzione all'interno del Servizio sanitario nazionale, dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria e sono individuate le relative discipline della dirigenza sanitaria.

2. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, sentito il Ministro per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica e acquisito il parere del Consiglio superiore di sanità, sono integrate le tabelle dei servizi e delle specializzazioni equipollenti previste per l'accesso alla

dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale, in relazione all'istituzione dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria.

3. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, sono individuati, sulla base di parametri e criteri generali definiti dalla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, i profili professionali dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria

4. Le figure professionali di livello non dirigenziale operanti nell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria, da formare con corsi di diploma universitario, sono individuate con regolamento del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e per la solidarietà sociale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400; i relativi ordinamenti didattici sono definiti dagli atenei, ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, sulla base di criteri generali determinati con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, emanato di concerto con gli altri Ministri interessati, tenendo conto dell'esigenza di una formazione interdisciplinare, adeguata alle competenze delineate nei profili professionali e attuata con la collaborazione di più facoltà universitarie.

5. Le figure professionali operanti nell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria, da formare in corsi a cura delle regioni, sono individuate con regolamento del Ministro della sanità di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400; con lo stesso decreto sono definiti i relativi ordinamenti didattici.".

Art. 4

(Modificazioni all'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. Il comma 1 dell'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502,e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

"1 Per specifiche esigenze assistenziali, di ricerca scientifica, nonché di didattica del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dei criteri e delle modalità di cui ai commi 1-*bis* e seguenti, possono essere costituiti o confermati in aziende, disciplinate dall'articolo 3, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, con le particolarità procedurali e organizzative previste dalle disposizioni attuative dell'articolo 11, comma 1, lettera *b*), della legge 15 marzo 1997, n. 59; le aziende di cui all'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419, secondo le specifiche disposizioni definite in sede di attuazione della delega ivi prevista; le aziende ospedaliere di rilievo nazionale o interregionale, alle quali si applicano, salvo che sia diversamente previsto, le disposizioni del presente decreto relative alle unità sanitarie locali. Sino all'emanazione delle disposizioni attuative sugli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ad essi si applicano le disposizioni del presente decreto relative alla dirigenza sanitaria, ai dipartimenti, alla direzione sanitaria e amministrativa aziendale e al collegio di direzione. Le disposizioni del presente decreto, salvo quanto in esso diversamente disposto, non si applicano ai policlinici universitari e alle aziende ove insistono le facoltà di medicina e chirurgia prima della data indicata dalle disposizioni attuative della delega prevista dall'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419; ove tale data non sia prevista, dette disposizioni si applicano a partire dal 1° aprile 2000."

2. Dopo il comma 1 dell'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502,e successive modificazioni, sono inseriti i seguenti:

"1-*bis*. Nell'ambito della riorganizzazione della rete dei servizi conseguente al riordino del sistema delle aziende previsto dal presente decreto, le regioni possono proporre la costituzione o la conferma in aziende ospedaliere dei presidi ospedalieri in possesso di tutti i seguenti requisiti:

a) organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura, disciplinata dall'atto di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, in coerenza con l'articolo 17-*bis*;

b) disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;

c) presenza di almeno tre unità operative di alta specialità secondo le specificazioni di cui al decreto del Ministro della sanità 29 gennaio 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 26 del 1° febbraio 1992, e successive modificazioni;

d) dipartimento di emergenza di secondo livello, ai sensi dell'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 31 marzo 1992 e successive modificazioni, secondo le specificazioni contenute nell'Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale* n. 114 del 17 maggio 1996;

e) ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale, così come previsto dal Piano sanitario regionale ed in considerazione della mobilità infraregionale e della frequenza dei trasferimenti da presidi ospedalieri regionali di minore complessità;

f) attività di ricovero in degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, per pazienti residenti in regioni diverse, superiore di almeno il dieci per cento rispetto al valore medio regionale, salvo che per le aziende ubicate in Sicilia e in Sardegna;

g) indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario , nel corso dell'ultimo triennio, superiore di almeno il venti per cento rispetto al valore medio regionale;

h) disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie.

1- ter. I requisiti di cui alle lettere *c*) e *d*) del comma 1-*bis* non si applicano agli ospedali specializzati di cui al decreto ministeriale 31 gennaio 1995, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 127 del 2 giugno 1995. In ogni caso, non si procede alla

costituzione o alla conferma in azienda ospedaliera qualora questa costituisca il solo presidio ospedaliero pubblico presente nella azienda unità sanitaria locale.

1-*quater*. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, trasmettono al Ministro della sanità le proprie indicazioni ai fini della individuazione degli ospedali di rilievo nazionale o interregionale da costituire in azienda ospedaliera avuto riguardo a quanto previsto dai commi 1-*bis* e 1-*ter*. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, il Ministro della sanità, attenendosi alle indicazioni pervenute dalle regioni previa verifica dei requisiti e, in mancanza, sulla base di proprie valutazioni, formula le proprie proposte al Consiglio dei ministri, il quale individua gli ospedali da costituire in azienda ospedaliera. Entro sessanta giorni dalla data della deliberazione del Consiglio dei ministri, le regioni costituiscono in azienda, ai sensi del comma 1, i predetti ospedali.

1-*quinquies*. Nel predisporre il Piano sanitario regionale, e comunque dopo tre anni dall'entrata in vigore del presente decreto, la regione procede a verificare la permanenza dei requisiti di cui al comma 1-*bis* e a valutare l'equilibrio economico delle aziende ospedaliere costituite nel suo ambito territoriale. In caso di grave disavanzo nel triennio considerato, oppure di perdita dei requisiti di cui al comma 1-*bis*, la costituzione in azienda viene revocata, secondo le procedure previste per la costituzione medesima, e la regione individua l'unità sanitaria locale subentrante nei relativi rapporti attivi e passivi.

1-*sexies*. I presìdi attualmente costituiti in aziende ospedaliere, con esclusione dei presìdi di cui al comma 6, per i quali viene richiesta la conferma e che non soddisfano i requisiti di cui al comma 1-*bis*, possono essere confermati per un periodo massimo di tre anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sulla base di un progetto di adeguamento presentato dalla regione, con la procedura di cui al comma 1-*quater*. Alla scadenza del termine previsto nel provvedimento di conferma, ove permanga la carenza dei requisiti, le regioni e il ministero della sanità attivano la procedura di cui all'ultimo periodo del comma 1-*quinquies*; ove i requisiti sussistano, si procede ai sensi del comma 1-*quater*.

1-*septies.* Le regioni definiscono le modalità dell'integrazione dell'attività assistenziale delle aziende di cui al comma 1 nella programmazione regionale e le forme della collaborazione con le unità sanitarie locali in rapporto alle esigenze assistenziali dell'ambito territoriale in cui operano, anche ai sensi dell'articolo 3-*septies.*

1-*octies.* Ai progetti elaborati dalle regioni e finanziati ai sensi dell'articolo 1, comma 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, hanno titolo a partecipare anche gli enti e gli istituti di cui al comma 12."

3. Sono abrogati i commi 2, lettere *a*), primo periodo, e lettera *b*), 4, 7, 7-*bis* e 7-*ter* dell'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

Art. 5

(Modificazioni all'articolo 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. L'articolo 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

"Art. 5

(Patrimonio e contabilità)

"1. Nel rispetto della normativa regionale vigente, il patrimonio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad esse appartenenti, ivi compresi quelli da trasferire o trasferiti loro dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità.

2. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno disponibilità del patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 830, secondo comma , del codice civile. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione della regione. I beni mobili e immobili che le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico utilizzano per il perseguimento dei loro fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile degli stessi, soggetti alla disciplina dell'articolo 828, secondo comma , del codice civile.

3. Le leggi ed i provvedimenti di cui al comma 1 costituiscono titolo per la trascrizione, la quale è esente da ogni onere relativo a imposte e tasse.

4. Gli atti di donazione a favore delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere che abbiano ad oggetto beni immobili con specifica destinazione a finalità rientranti nell'ambito del servizio sanitario nazionale, sono esenti dal pagamento delle imposte di donazione, ipotecarie e catastali.

5. Qualora non vi abbiano già provveduto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le regioni emanano norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere,

informate ai principi di cui al codice civile, così come integrato e modificato con decreto legislativo 9 aprile 1991, n. 127, e prevedendo:

a) la tenuta del libro delle deliberazioni del direttore generale;

b) l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo;

c) la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio;

d) la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;

e) l'obbligo delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità.

f) il piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare anche attraverso eventuali dismissioni e conferimenti.

6. Per conferire struttura uniforme alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci e per consentire all'Agenzia per i servizi sanitari regionali rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, è predisposto apposito schema, con decreto interministeriale emanato di concerto fra i Ministri del tesoro e della sanità, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

7. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere sono tenute agli adempimenti di cui all'articolo 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e all'articolo 64 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. La disciplina contabile di cui al presente articolo decorre dal 1° gennaio 1995 e la contabilità finanziaria è soppressa."

2. Dopo l'articolo 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è inserito il seguente:

"*Art.* 5-bis

(Ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico)

1. Nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, il Ministero della sanità può stipulare, di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e nei limiti delle disponibilità finanziarie, iscritte nel bilancio dello Stato, accordi di programma con le regioni e con altri soggetti pubblici interessati aventi ad oggetto la relativa copertura finanziaria nell'arco pluriennale degli interventi, l'accelerazione delle procedure e la realizzazione di opere, con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie.

2. Gli accordi di programma previsti dal comma 1 disciplinano altresì le funzioni di monitoraggio e di vigilanza demandate al Ministero della sanità, i rapporti finanziari fra i soggetti partecipanti all'accordo, le modalità di erogazione dei finanziamenti statali, le modalità di partecipazione finanziaria delle regioni e degli altri soggetti pubblici interessati, nonché gli eventuali apporti degli enti pubblici preposti all'attuazione.

3. In caso di mancata attivazione del programma oggetto dell'accordo entro i termini previsti dal medesimo programma, la copertura finanziaria assicurata dal Ministero della sanità viene riprogrammata e riassegnata, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, in favore di altre regioni o enti pubblici interessati al programma di investimenti, tenuto conto della capacità di spesa e di immediato utilizzo delle risorse da parte dei medesimi."

Art. 6

(Integrazioni all'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992,n.502)

1. Dopo l'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, sono inseriti i seguenti:

"*Art. 6*-bis

(Protocolli d'intesa tra le regioni, le università e le strutture del Servizio sanitario nazionale)

1. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono elaborate ogni tre anni linee guida per la stipulazione di protocolli d'intesa tra le regioni, le università e le strutture del Servizio sanitario nazionale, determinando i parametri al fine di individuare le strutture universitarie per lo svolgimento delle attività assistenziali e le strutture per la formazione specialistica e i diplomi universitari.

2. Fino all'emanazione del decreto di cui al comma 1 si applicano le linee guida di cui al decreto dei Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 31 luglio 1997, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 181 del 5 agosto 1997.

3. Fino all'emanazione del decreto di cui al comma 1 le strutture sono individuate, per quanto concerne la formazione specialistica, in conformità al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 17 dicembre 1997, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 17 del 21 gennaio 1997 e, per quanto concerne i diplomi universitari, in conformità al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 24 settembre 1997, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 234 del 7 ottobre 1997.

Art. 6-ter

(Fabbisogno di personale sanitario)

1. Entro il 30 aprile di ciascun anno il Ministro della sanità, sentiti la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri e degli altri Ordini e Collegi professionali interessati, determina con uno o più decreti il fabbisogno per il Servizio sanitario nazionale, anche suddiviso per regioni, in ordine ai medici chirurghi, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi, nonché al personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione ai soli fini della programmazione da parte del Ministero dell'università e della ricerca

scientifica e tecnologica degli accessi ai corsi di diploma di laurea, alle scuole di formazione specialistica e ai corsi di diploma universitario. Con la stessa procedura è determinato, altresì, il fabbisogno degli ottici, degli odontotecnici e del restante personale sanitario e socio-sanitario che opera nei servizi e nelle strutture del Servizio sanitario nazionale.

2. A tali fini i decreti di cui al comma 1 tengono conto di:

a) obiettivi e livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali;

b) modelli organizzativi dei servizi;

c) offerta di lavoro;

d) domanda di lavoro, considerando il personale in corso di formazione e il personale già formato, non ancora immesso nell'attività lavorativa.

3. Gli enti pubblici e privati e gli ordini e collegi professionali sono tenuti a fornire al Ministero della sanità i dati e gli elementi di valutazione necessari per la determinazione dei fabbisogni riferiti alle diverse categorie professionali; in caso di inadempimento entro il termine prescritto il Ministero provvede all'acquisizione dei dati attraverso commissari *ad acta* ponendo a carico degli enti inadempienti gli oneri a tal fine sostenuti."

Art. 7

(Modificazioni all'articolo 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502)

1. Il comma 1 dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è abrogato.

2. Dopo l'articolo 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono inseriti i seguenti:

"*Art.* 7-bis

(Dipartimento di prevenzione)

1. Le regioni disciplinano l'istituzione e l'organizzazione del dipartimento della prevenzione secondo i principi contenuti nelle disposizioni del presente articolo e degli articoli 7-*ter* e 7-*quater*. Il dipartimento di prevenzione è struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

2. A tal fine il dipartimento di prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività della unità sanitaria locale, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria.

Art. 7-ter

(Funzioni del dipartimento di prevenzione)

1. In base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, il dipartimento di prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

a) profilassi delle malattie infettive e parassitarie;

b) tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;

c) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;

d) sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;

e) tutela igienico-sanitaria degli alimenti;

f) sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

2. Il dipartimento di prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

Art. 7-quater

(Organizzazione del dipartimento di prevenzione)

1. Il dipartimento di prevenzione opera nell'ambito del Piano attuativo locale, ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità. Il direttore del dipartimento è scelto dal direttore generale tra i dirigenti con almeno cinque anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate.

2. Le regioni disciplinano l'articolazione delle aree dipartimentali di sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di lavoro e della sanità pubblica veterinaria, prevedendo strutture organizzative specificamente dedicate a:

a) igiene e sanità pubblica;

b) igiene degli alimenti e della nutrizione;

c) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;

d) sanità animale;

e) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;

f) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

3. Le strutture organizzative si distinguono in servizi o in unità operative, in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento ed alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza.

4. I servizi veterinari operano quale centro di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, e rispondono del perseguimento degli obiettivi del servizio, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite.

5. Nella regolamentazione del dipartimento di prevenzione, le regioni possono prevedere, secondo le articolazioni organizzative adottate, la disciplina delle funzioni di medicina legale e necroscopica.

Art. 7-quinquies

(Coordinamento con le Agenzie regionali per l'ambiente)

1 Il Ministro della sanità ed il Ministro dell'ambiente, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, stipulano, nell'ambito delle rispettive competenze, un accordo quadro per il coordinamento e la integrazione degli interventi per la tutela della salute e dell'ambiente che individua i settori di azione congiunta ed i relativi programmi operativi.

2. Le regioni individuano le modalità e i livelli di integrazione fra politiche sanitarie e politiche ambientali, prevedendo la stipulazione di accordi di programma e convenzioni tra le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere e le agenzie regionali per la protezione dell'ambiente per la tutela della popolazione dal rischio ambientale, con particolare riguardo alle attività di sorveglianza epidemiologica e di comunicazione del rischio. Tali accordi devono comunque garantire l'erogazione delle prestazioni richieste dalle unità sanitarie locali per lo svolgimento di funzioni e di compiti istituzionali senza oneri aggiuntivi per il Servizio sanitario nazionale.

3. Le regioni e le unità sanitarie locali, per le attività di laboratorio già svolte dai presidi multizonali di prevenzione come compito di istituto, in base a norme vigenti, nei confronti delle unità sanitarie locali, si avvalgono delle agenzie regionali per la protezione dell'ambiente.

Art. 7-sexies

(Istituti zooprofilattici sperimentali e Uffici veterinari del Ministero della sanità)

1 I servizi veterinari si avvalgono delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli Istituti zooprofilattici sperimentali. La programmazione regionale individua le modalità di raccordo funzionale tra i servizi veterinari delle unità

sanitarie locali e gli Istituti zooprofilattici sperimentali per il coordinamento delle attività di sanità pubblica veterinaria, nonché le modalità integrative rispetto all'attività dei Posti di ispezione frontaliera veterinaria e degli Uffici veterinari di confine, porto ed aeroporto e quelli per gli adempimenti degli obblighi comunitari.

Art. 7-septies
(Funzioni di profilassi internazionale)

1 Nell'ambito di quanto previsto dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, relativamente alle funzioni di profilassi internazionale, le attribuzioni di igiene pubblica, ambientale e del lavoro di cui al decreto ministeriale 22 febbraio 1984, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 77 del 17 marzo 1984, ed al decreto ministeriale 2 maggio 1985, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 142 del 18 giugno 1985, ad esclusione delle suddette funzioni di profilassi internazionali su merci, persone e flussi migratori svolte dagli Uffici di sanità marittima e aerea del Ministero della sanità, sono svolte dai dipartimenti di prevenzione delle unità sanitarie locali territorialmente competenti.

Art. 7-octies
(Coordinamento delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro)

1 Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sono definiti, sulla base dei princìpi e criteri di cui agli articoli 7-*bis e 7-ter*, gli indirizzi per un programma di azione nazionale per la prevenzione degli infortuni e la tutela della salute nei luoghi di lavoro, con particolare attenzione al coordinamento fra le competenze ispettive delle unità sanitarie locali, cui spetta la vigilanza sull'ambiente di lavoro, e quelle degli ispettorati del lavoro e dell'INAIL, nonché delle altre strutture di vigilanza, fermo restando quanto previsto in materia dal decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e in particolare gli articoli 25 e 27.

2. Il dipartimento di prevenzione assicura, nella programmazione della propria attività destinata alla tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro, il

raccordo con gli organismi paritetici previsti dall'articolo 20 del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, o, qualora non ancora costituiti, con le parti sociali."

Art. 8
(*Modificazioni all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*)

1. I commi 1 e 1-*bis* dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono sostituiti dai seguenti:

«1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;

b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la ricusazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità;

c) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unità sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla

stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera *f)*; una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera *f)*;

e) garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio;

f) prevedere le modalità attraverso le quali le unità sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli od associati, in coerenza con gli obiettivi ed i programmi di attività del distretto;

g) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;

h) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, o titolo equipollente ai sensi dell'articolo 6 del predetto decreto, prevedendo altresì che la graduatoria

annuale evidenzi i medici forniti dell'attestato, al fine di riservare loro una percentuale predeterminata di posti in sede di copertura delle zone carenti;

i) regolare la partecipazione di tali medici a società, anche cooperative, al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;

l) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;

m) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscano a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione.

1-*bis*. Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, ad esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, le regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici in servizio alla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, addetti a tali attività, i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite ed approvate nel rispetto dei principi di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 dicembre

1997, n. 502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale."

2. Al comma 8 dell'articolo 8 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: "In sede di revisione dei rapporti convenzionali in atto, l'accordo collettivo nazionale disciplina l'adeguamento dei rapporti medesimi alle esigenze di flessibilità operativa, incluse la riorganizzazione degli orari e le forme di mobilità interaziendale, nonché i criteri di integrazione dello specialista ambulatoriale nella assistenza distrettuale. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 34 della legge 27 dicembre 1997, n.449."

3. Sono fatti salvi i provvedimenti in corso, attuativi dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. Sono abrogati i commi 5, 6, 7 e 9 dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

4. Dopo l'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono inseriti i seguenti:

"*Art. 8*-bis

(Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali)

1. Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-*quater*, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*.

2. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale.

3. La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate,

rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'articolo 8-*ter*, dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater*, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*. La presente disposizione vale anche per le strutture e le attività sociosanitarie.

Art. 8-ter

(Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie)

1 La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie sono subordinate ad autorizzazione. Tali autorizzazioni si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento alle seguenti tipologie:

a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;

b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;

c) strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno.

2. L'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi.

3. Per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie il comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'art. 4 del decreto-legge 5 ottobre 1993, n. 398, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 493 e successive modificazioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno

complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture.

4. L'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sulla base dei princìpi e criteri direttivi previsti dall'articolo 8, comma 4, del presente decreto. In sede di modificazione del medesimo atto di indirizzo e coordinamento si individuano gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui al comma 2, nonché i relativi requisiti minimi.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le regioni determinano:

a) le modalità e i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio della autorizzazione alla realizzazione di strutture e della autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e sociosanitaria, prevedendo la possibilità del riesame dell'istanza, in caso di esito negativo o di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente;

b) gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttiva, definendo idonee procedure per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati.

Art. 8-quater

(Accreditamento istituzionale)

1. L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché gli

eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'articolo 9. La regione provvede al rilascio dell'accreditamento ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui al primo periodo del presente comma, alle strutture private non lucrative di cui all'articolo 1, comma 18, e alle strutture private lucrative.

2. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accreditamento e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate, così come definiti dall'articolo 8-*quinquies*.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento emanato, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sentiti l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, il Consiglio superiore di sanità, e, limitatamente all'accreditamento dei professionisti, la Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono definiti i criteri generali uniformi per:

a) la definizione dei requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture sanitarie e dei professionisti, nonché la verifica periodica di tali attività;

b) la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali sia possibile accreditare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate;

c) le procedure ed i termini per l'accreditamento delle strutture che ne facciano richiesta, ivi compresa la possibilità di un riesame dell'istanza, in caso di esito negativo e di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente nonché la verifica periodica dei requisiti ulteriori e le procedure da adottarsi in caso di verifica negativa.

4. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

a) garantire l'eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell'accreditamento e per la sua verifica periodica;

b) garantire il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impegnato in tutte le strutture;

c) assicurare che tutte le strutture accreditate garantiscano dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili ed alle necessità assistenziali degli utilizzatori dei servizi;

d) garantire che tutte le strutture accreditate assicurino adeguate condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e alla qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato;

e) prevedere la partecipazione della struttura a programmi di accreditamento professionale tra pari;

f) prevedere la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica e continuativa dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità, interni alla struttura e interaziendali;

g) prevedere l'accettazione del sistema di controlli esterni sulla appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, definito dalla regione ai sensi dell'articolo 8-*octies*;

h) prevedere forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti, nonché l'adozione e l'utilizzazione sistematica della carta dei servizi per la comunicazione con i cittadini, inclusa la diffusione degli esiti dei programmi di valutazione di cui alle lettere *e*) ed *f*);

i) disciplinare l'esternalizzazione dei servizi sanitari direttamente connessi all'assistenza al paziente, prevedendola esclusivamente verso soggetti accreditati in applicazione dei medesimi criteri o di criteri comunque equivalenti a quelli adottati per i servizi interni alla struttura, secondo quanto previsto dal medesimo atto di indirizzo e coordinamento;

l) indicare i requisiti specifici per l'accreditamento di funzioni di particolarc rilevanza, in relazione alla complessità organizzativa e funzionale della struttura, alla competenza e alla esperienza del personale richieste, alle dotazioni tecnologiche necessarie o in relazione all'attuazione degli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione nazionale;

m) definire criteri per la selezione degli indicatori relativi all'attività svolta ed ai suoi risultati finali dalle strutture e dalle funzioni accreditate, in base alle evidenze scientifiche disponibili;

n) definire i termini per l'adozione dei provvedimenti attuativi regionali e per l'adeguamento organizzativo delle strutture già autorizzate;

o) indicare i requisiti per l'accreditamento istituzionale dei professionisti, anche in relazione alla specifica esperienza professionale maturata e ai crediti formativi acquisiti nell'ambito del programma di formazione continua di cui all'articolo 16-*ter*;

p) individuare l'organizzazione dipartimentale minima e le unità operative e le altre strutture complesse delle aziende di cui agli articoli 3 e 4, in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, al grado di autonomia finanziaria e alla complessità dell'organizzazione interna;

q) prevedere l'estensione delle norme di cui al presente comma alle attività e alle strutture sociosanitarie, ove compatibili.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni definiscono, in conformità ai criteri generali uniformi ivi previsti, i requisiti per l'accreditamento, nonché il procedimento per la loro verifica, prevedendo, per quanto riguarda l'accreditamento dei professionisti, adeguate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali interessati.

6. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni avviano il processo di accreditamento delle strutture temporaneamente accreditate ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, e delle altre già operanti.

7. Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accreditamento può essere concesso, in via provvisoria, per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e

della qualità dei suoi risultati. L'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accreditamento temporaneamente concesso.

8. In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera *b)*, le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, ed in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede, con le modalità di cui all'articolo 28, commi 9 e seguenti, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative.

Art. 8-quinquies

(Accordi contrattuali)

1 Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

a) individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;

b) indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;

c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità ed alla rete dei servizi di emergenza;

d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto

conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:

a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;

b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;

c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);

e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-*octies*.

Art. 8-sexies

(Remunerazione)

1 Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento. Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al

costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione.

2. Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali:

a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;

b) programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;

c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;

d) programmi di assistenza a malattie rare;

e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 21 marzo 1992;

f) programmi sperimentali di assistenza;

g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori.

3. I criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sulla base di *standard* organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta.

4. La remunerazione delle attività assistenziali diverse da quelle di cui al comma 2 è determinata in base a tariffe predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di *day hospital*, e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, fatta eccezione per le attività rientranti nelle funzioni di cui al comma 3.

5. Il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera *g*), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi *standard* di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità della assistenza. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse.

6. Con la procedura di cui al comma 5, sono effettuati periodicamente la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi.

7. Il Ministro della sanità, con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, disciplina le modalità di erogazione e di remunerazione dell'assistenza protesica, compresa nei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, anche prevedendo il ricorso all'assistenza in forma indiretta.

8. Il Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto, definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale.

Art. 8-septies

(Prestazioni erogate in forma indiretta)

1 I rimborsi relativi alle prestazioni erogate in forma indiretta sono definiti dalle regioni e dalle province autonome in misura non superiore al cinquanta per cento delle corrispondenti tariffe regionali determinate ai sensi dell'articolo 8-*sexies*. Entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, è abolita l'assistenza in forma indiretta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di degenza. Resta ferma la normativa vigente in materia di assistenza sanitaria all'estero.

Art. 8-octies

(Controlli)

1 La regione e le aziende unità sanitarie locali attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese.

2. Per quanto riguarda le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale, la definizione degli accordi entro i termini stabiliti dalla regione e il rispetto dei programmi di attività previsti per ciascuna struttura rappresentano elemento di verifica per la conferma degli incarichi al direttore generale, ai direttori di dipartimento e del contratto previsto per i dirigenti responsabili di struttura complessa, nonché per la corresponsione degli incentivi di risultato al personale con funzioni dirigenziali dipendente dalle aziende interessate.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabiliti, sulla base dei

criteri di cui all'articolo 8-*quinquies*, i principi in base ai quali la regione assicura la funzione di controllo esterno sulla appropriatezza e sulla qualità della assistenza prestata dalle strutture interessate. Le regioni, in attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento, entro sessanta giorni determinano:

a) le regole per l'esercizio della funzione di controllo esterno e per la risoluzione delle eventuali contestazioni, stabilendo le relative penalizzazioni;

b) il debito informativo delle strutture accreditate interessate agli accordi e le modalità per la verifica della adeguatezza del loro sistema informativo;

c) l'organizzazione per la verifica del comportamento delle singole strutture;

d) i programmi per promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori addetti alla gestione della documentazione clinica e alle attività di controllo.

4. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3 individua altresì i criteri per la verifica di:

a) validità della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte;

b) necessità clinica e appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri effettuati, con particolare riguardo ai ricoveri di pazienti indirizzati o trasferiti ad altre strutture;

c) appropriatezza delle forme e delle modalità di erogazione della assistenza;

d) risultati finali della assistenza, incluso il gradimento degli utilizzatori dei servizi."

Art. 9

(Modificazioni all'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. L'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

"Art. 9

(*Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale*)

1. Al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare

l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi.

2. La denominazione dei fondi di cui al presente articolo deve contenere l'indicazione "fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale" Tale denominazione non può essere utilizzata con riferimento a fondi istituiti per finalità diverse.

3. Tutti i soggetti pubblici e privati che istituiscono fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad adottare politiche di non selezione dei rischi. Le fonti istitutive dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono le seguenti:

a) contratti e accordi collettivi, anche aziendali;

b) accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale;

c) regolamenti di regioni, enti territoriali ed enti locali;

d) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni non lucrative di cui all'articolo 1, comma 16, operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria;

e) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da società di mutuo soccorso riconosciute;

f) atti assunti da altri soggetti pubblici e privati, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti.

4. L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è rappresentato da:

a) prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati;

b) prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

c) prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

5. Fra le prestazioni di cui al comma 4, lettera *a*), sono comprese :

a) le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate;

b) le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale;

c) l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

6. Con decreto del Ministro della sanità, previo parere della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, sono individuate le prestazioni relative alle lettere *a), b) e c*) del comma 5, nonché quelle ricomprese nella lettera *c*) del comma 4, le quali, in via di prima applicazione, possono essere poste a carico dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.

7. I fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono autogestiti. Essi possono essere affidati in gestione mediante convenzione, da stipulare con istituzioni pubbliche e private che operano nel settore sanitario o sociosanitario da almeno cinque anni, secondo le modalità stabilite con decreto del Ministro della sanità, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Le regioni, le province autonome e gli enti locali, in forma singola o associata, possono partecipare alla gestione dei fondi di cui al presente articolo.

8. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, è emanato, su proposta del Ministro della sanità, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, il regolamento contenente le disposizioni relative all'ordinamento dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale. Detto regolamento disciplina:

a) le modalità di costituzione e di scioglimento;

b) la composizione degli organi di amministrazione e di controllo;

c) le forme e le modalità di contribuzione;

d) i soggetti destinatari dell'assistenza;

e) il trattamento e le garanzie riservate al singolo sottoscrittore e al suo nucleo familiare;

f) le cause di decadenza della qualificazione di fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale.

9. La vigilanza sull'attività dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è disciplinata dall'articolo 122 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. Presso il Ministero della sanità, senza oneri a carico dello Stato, sono istituiti: l'anagrafe dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale, alla quale debbono iscriversi sia i fondi vigilati dallo Stato che quelli sottoposti a vigilanza regionale; l'osservatorio dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, il cui funzionamento è disciplinato con il regolamento di cui al comma 8.

10. Le disposizioni del presente articolo acquistano efficacia al momento dell'entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale dei fondi ivi previsti, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, della legge 13 maggio 1999, n. 133."

Art. 10

(Modificazioni all'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1 L'articolo 9-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

"*Art. 9-*bis

(Sperimentazioni gestionali)

1. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, autorizza programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.

2. Il programma di sperimentazione è proposto dalla regione interessata, motivando le ragioni di convenienza economica del progetto gestionale, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del Piano sanitario regionale ed evidenziando altresì gli elementi di garanzia, con particolare riguardo ai seguenti criteri:

a) privilegiare nell'area del settore privato il coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale individuate dall'articolo 10 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460;

b) fissare limiti percentuali alla partecipazione di organismi privati in misura non superiore al quarantanove per cento;

c) prevedere forme idonee di limitazione alla facoltà di cessione della propria quota sociale nei confronti dei soggetti privati che partecipano alle sperimentazioni;

d) disciplinare le forme di risoluzione del rapporto contrattuale con privati che partecipano alla sperimentazione in caso di gravi inadempienze agli obblighi contrattuali o di accertate esposizioni debitorie nei confronti di terzi;

e) definire partitamente i compiti, le funzioni e i rispettivi obblighi di tutti i soggetti pubblici e privati che partecipano alla sperimentazione gestionale, avendo cura di escludere in particolare il ricorso a forme contrattuali, di appalto o subappalto, nei confronti di terzi estranei alla convenzione di sperimentazione, per la fornitura di opere e servizi direttamente connesse all'assistenza alla persona ,

f) individuare forme e modalità di pronta attuazione per la risoluzione della convenzione di sperimentazione e scioglimento degli organi societari in caso di mancato raggiungimento del risultato della avviata sperimentazione.

3. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico sia su quello della qualità dei servizi, ivi comprese le forme di collaborazione in atto con soggetti privati per la gestione di compiti diretti di tutela della salute.. Al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le regioni adottano i provvedimenti conseguenti.

4. Al di fuori dei programmi di sperimentazione di cui al presente articolo, è fatto divieto alle aziende del Servizio sanitario nazionale di costituire società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute."

Art. 11

(Modificazioni all'articolo 12 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1 Dopo l'articolo 12 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, è inserito il seguente:

"*Art. 12*-bis

(Ricerca sanitaria)

1 La ricerca sanitaria risponde al fabbisogno conoscitivo e operativo del Servizio sanitario nazionale e ai suoi obiettivi di salute, individuato con un apposito programma di ricerca previsto dal Piano sanitario nazionale.

2. Il Piano sanitario nazionale definisce, con riferimento alle esigenze del Servizio sanitario nazionale e tenendo conto degli obiettivi definiti nel Programma nazionale per la ricerca di cui al decreto legislativo 5 giugno 1998, n. 204, gli obiettivi e i settori principali della ricerca del Servizio sanitario nazionale, alla cui coerente realizzazione contribuisce la comunità scientifica nazionale.

3. Il Ministero della Sanità, sentita la Commissione nazionale per la ricerca sanitaria, di cui all'articolo 2, comma 7, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, elabora il programma di ricerca sanitaria e propone iniziative da inserire nella programmazione della ricerca scientifica nazionale, di cui al decreto legislativo 5 giugno 1998, n. 204, e nei programmi di ricerca internazionali e comunitari. Il programma è adottato dal Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, ha validità triennale ed è finanziato dalla quota di cui all'articolo 12, comma 2.

4. Il programma di ricerca sanitaria:

a) individua gli obiettivi prioritari per il miglioramento dello stato di salute della popolazione;

b) favorisce la sperimentazione di modalità di funzionamento, gestione e organizzazione dei servizi sanitari nonché di pratiche cliniche e assistenziali e individua gli strumenti di verifica del loro impatto sullo stato di salute della popolazione e degli utilizzatori dei servizi;

c) individua gli strumenti di valutazione dell'efficacia, dell'appropriatezza e della congruità economica delle procedure e degli interventi, anche in considerazione di analoghe sperimentazioni avviate da agenzie internazionali e con particolare riferimento agli interventi e alle procedure prive di una adeguata valutazione di efficacia;

d) favorisce la ricerca e la sperimentazione volte a migliorare la integrazione multiprofessionale e la continuità assistenziale, con particolare riferimento alle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria;

e) favorisce la ricerca e la sperimentazione volta a migliorare la comunicazione con i cittadini e con gli utilizzatori dei servizi sanitari, a promuovere l'informazione corretta e sistematica degli utenti e la loro partecipazione al miglioramento dei servizi;

f) favorisce la ricerca e la sperimentazione degli interventi appropriati per la implementazione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici, per l'autovalutazione della attività degli operatori, la verifica ed il monitoraggio e il monitoraggio dei risultati conseguiti.

5. Il programma di ricerca sanitaria si articola nelle attività di ricerca corrente e di ricerca finalizzata. La ricerca corrente è attuata tramite i progetti istituzionali degli organismi di ricerca di cui al comma seguente nell'ambito degli indirizzi del programma nazionale, approvati dal Ministro della sanità. La ricerca finalizzata attua gli obiettivi prioritari, biomedici e sanitari, del Piano sanitario nazionale. I progetti di ricerca biomedica finalizzata sono approvati dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, allo scopo di favorire il loro coordinamento.

6. Le attività di ricerca corrente e finalizzata sono svolte dalle regioni, dall'Istituto superiore di sanità, dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro, dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali, dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati nonché dagli Istituti zooprofilattici sperimentali. Alla realizzazione dei progetti possono concorrere, sulla base di specifici accordi, contratti o convenzioni, le università, il Consiglio nazionale delle ricerche e gli altri enti di ricerca pubblici e privati, nonché imprese pubbliche e private.

7. Per l'attuazione del programma il Ministero della sanità, anche su iniziativa degli organismi di ricerca nazionali, propone al Ministero per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica e agli altri ministeri interessati le aree di ricerca biomedica e sanitaria di interesse comune, concordandone l'oggetto, le modalità di finanziamento e i criteri di valutazione dei risultati delle ricerche.

8. Il Ministero della sanità, nell'esercizio della funzione di vigilanza sull'attuazione del programma nazionale, si avvale della collaborazione tecnico-scientifica della Commissione nazionale per la ricerca sanitaria di cui all'articolo 2, comma 7, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, degli organismi tecnico-scientifici del Servizio sanitario nazionale e delle regioni, sulla base di metodologie di accreditamento qualitativo, anche al fine di garantire la qualità e la indipendenza del processo di valutazione e di selezione dei progetti di ricerca.

9. Anche ai fini di cui al comma 1 del presente articolo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinano l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici istituiti presso ciascuna azienda sanitaria ai sensi dei decreti ministeriali 15 luglio 1997, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* 18 agosto 1997, n. 191, e 18 marzo 1998, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* 28 maggio 1998, n. 122, tenendo conto delle indicazioni e dei requisiti minimi di cui ai predetti decreti e istituendo un registro dei Comitati etici operanti nei propri ambiti territoriali.

10. Presso il Ministero della sanità è istituito il Comitato etico nazionale per la ricerca e per le sperimentazioni cliniche Il Comitato:

a) segnala, su richiesta della Commissione per la ricerca sanitaria ovvero di altri organi o strutture del Ministero della sanità o di altre pubbliche amministrazioni, le conseguenze sotto il profilo etico dei progetti di ricerca biomedica e sanitaria;

b) comunica a organi o strutture del Ministero della sanità le priorità di interesse dei progetti di ricerca biomedica e sanitaria;

c) coordina le valutazioni etico–scientifiche di sperimentazioni cliniche multicentriche di rilevante interesse nazionale, relative a medicinali o a dispositivi medici, su specifica richiesta del Ministro della sanità;

d) esprime parere su ogni questione tecnico–scientifica ed etica concernente la materia della ricerca di cui al comma 1 e della sperimentazione clinica dei medicinali e dei dispositivi medici che gli venga sottoposta dal Ministro della sanità.

11. Le regioni formulano proposte per le predisposizione del programma di ricerca sanitaria di cui al presente articolo, possono assumere la responsabilità della realizzazione di singoli progetti finalizzati, e assicurano il monitoraggio sulla applicazione dei conseguenti risultati nell'ambito del Servizio sanitario regionale."

Art. 12

(Modificazioni all'articolo 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1. Al comma 2 dell'articolo 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dopo il terzo periodo, è inserito il seguente:

"Per le finalità del presente articolo, le regioni prevedono forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale."

Art. 13

(Modificazioni all'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1 L'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dai seguenti:

"Art. 15

(Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie)

1. Fermo restando il principio dell'invarianza della spesa, la dirigenza sanitaria è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, ed in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali. In sede di contrattazione collettiva nazionale sono previste, in conformità ai principi e alle disposizioni del presente decreto, criteri generali per la graduazione delle funzioni dirigenziali nonché per l'assegnazione, valutazione e verifica degli incarichi dirigenziali e per l'attribuzione del relativo trattamento economico accessorio correlato alle funzioni attribuite ed alle connesse responsabilità del risultato.

2. La dirigenza sanitaria è disciplinata dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n.29, e successive modificazioni, salvo quanto previsto dal presente decreto.

3. L'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati. L'autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multiprofessionale, nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale ed aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità. Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare ed alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito.

4. All'atto della prima assunzione , al dirigente sanitario sono affidati compiti professionali con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del dirigente responsabile della struttura e sono attribuite funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività. A tali fini il dirigente responsabile della struttura predispone e assegna al dirigente un programma di attività finalizzato al raggiungimento degli obiettivi prefissati ed al perfezionamento delle competenze tecnico professionali e gestionali riferite alla struttura di appartenenza. In relazione alla natura e alle caratteristiche dei programmi da realizzare, alle attitudini e capacità professionali del

singolo dirigente, accertate con le procedure valutative di verifica di cui al comma 5, al dirigente, con cinque anni di attività con valutazione positiva possono essere attribuite funzioni di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo, nonché incarichi di direzione di strutture semplici.

5. Il dirigente è sottoposto a verifica triennale; quello con incarico di struttura, semplice o complessa, è sottoposto a verifica anche al termine dell'incarico Le verifiche concernono le attività professionali svolte ed i risultati raggiunti e sono effettuate da un collegio tecnico, nominato dal direttore generale e presieduto dal direttore del dipartimento. L'esito positivo delle verifiche costituisce condizione per il conferimento o la conferma degli incarichi di maggior rilievo, professionali o gestionali.

6. Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione.

7. Alla dirigenza sanitaria si accede mediante concorso pubblico per titoli ed esami, disciplinato ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n.483. Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono attribuiti a coloro che siano in possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n.484, e secondo le modalità dallo stesso stabilite, salvo quanto previsto dall'articolo 15-*ter*, comma 2. Si applica quanto previsto dall'articolo 28, comma 1, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, come sostituito dall'articolo 10 del decreto legislativo 29 ottobre 1998, n. 387.

8. L'attestato di formazione manageriale di cui all'articolo 5, comma 1, lettera *d*), del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n.484, come modificato dall'articolo 16-*quinquies*, deve essere conseguito dai dirigenti con incarico

di direzione di struttura complessa entro un anno dall'inizio dell'incarico; il mancato superamento del primo corso, attivato dalla regione successivamente al conferimento dell'incarico, determina la decadenza dall'incarico stesso. I dirigenti sanitari con incarico quinquennale alla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono tenuti a partecipare al primo corso di formazione manageriale programmato dalla regione; i dirigenti già confermati nell'incarico sono esonerati dal possesso dell'attestato di formazione manageriale.

9. I contratti collettivi nazionali di lavoro disciplinano le modalità di salvaguardia del trattamento economico fisso dei dirigenti in godimento alla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

Art. 15-bis

(Funzioni dei dirigenti responsabili di struttura)

1. L'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti, comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.

2. La direzione delle strutture e degli uffici è affidata ai dirigenti secondo i criteri e le modalità stabiliti nell'atto di cui al comma 1, nel rispetto, per la dirigenza sanitaria, delle disposizioni di cui all'articolo 15-*ter* Il rapporto dei dirigenti è esclusivo, fatto salvo quanto previsto in via transitoria per la dirigenza sanitaria dall'articolo 15-*sexies*.

3. Sono soppressi i rapporti di lavoro a tempo definito per la dirigenza sanitaria. In conseguenza della maggiore disponibilità di ore di servizio sono resi indisponibili in organico un numero di posti della dirigenza per il corrispondente monte ore. I contratti collettivi nazionali di lavoro disciplinano le modalità di regolarizzazione dei rapporti soppressi .

Art.15-ter

(Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura)

1 Gli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4, sono attribuiti, a tempo determinato, dal direttore generale, secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale, compatibilmente con le risorse finanziarie a tal fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-*bis* , tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico di cui all'articolo 15, comma 5. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a sette , con facoltà di rinnovo. Ai predetti incarichi si applica l'articolo 19, comma 1, del decreto legislativo n. 29 del 1993 e successive modificazioni

2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale, previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, sulla base di una rosa di candidati idonei selezionata da una apposita commissione. Gli incarichi hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve. La commissione, nominata dal direttore generale, è composta dal direttore sanitario, che la presiede, e da due dirigenti dei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale, preposti ad una struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, di cui uno individuato dal direttore generale ed uno dal Collegio di direzione. Fino alla costituzione del collegio alla individuazione provvede il Consiglio dei sanitari.

3. Gli incarichi di cui ai commi 1 e 2 sono revocati, secondo le procedure previste dalle disposizioni vigenti e dai contratti collettivi nazionali di lavoro, in caso di: inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale o dalla direzione del dipartimento; mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati; responsabilità grave e reiterata; in tutti gli altri casi previsti dai contratti di lavoro. Nei casi di maggiore gravità, il direttore generale può recedere dal rapporto di lavoro, secondo le disposizioni del codice civile e dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

4. I dirigenti ai quali non sia stata affidata la direzione di strutture svolgono funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca nonché funzioni ispettive, di verifica e di controllo.

5. Il dirigente preposto ad una struttura complessa è sostituito, in caso di sua assenza o impedimento, da altro dirigente della struttura o del dipartimento individuato dal responsabile della struttura stessa; alle predette mansioni superiori non si applica l'articolo 2103, primo comma, del codice civile.

Art. 15-quater

(Esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario)

1. I dirigenti sanitari, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o a tempo determinato, con i quali sia stato stipulato il contratto di lavoro o un nuovo contratto di lavoro in data successiva al 31 dicembre 1998, nonché quelli che, alla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, abbiano optato per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, sono assoggettati al rapporto di lavoro esclusivo.

2. Salvo quanto previsto al comma 1, i dirigenti in servizio alla data del 31 dicembre 1998, che hanno optato per l'esercizio dell'attività libero professionale extramuraria, passano, a domanda, al rapporto di lavoro esclusivo.

3. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, tutti i dirigenti in servizio alla data del 31 dicembre 1998 sono tenuti a comunicare al direttore generale l'opzione in ordine al rapporto esclusivo. In assenza di comunicazione si presume che il dipendente abbia optato per il rapporto esclusivo.

4. Il dirigente sanitario con rapporto di lavoro esclusivo non può chiedere il passaggio al rapporto di lavoro non esclusivo.

5. I contratti collettivi di lavoro stabiliscono il trattamento economico aggiuntivo da attribuire ai dirigenti sanitari con rapporto di lavoro esclusivo ai sensi dell'articolo 1, comma 12, della legge 23 dicembre 1996, n.662, nei limiti delle risorse destinate alla contrattazione collettiva

Art. 15-quinquies

(Caratteristiche del rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari)

1. Il rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari comporta la totale disponibilità nello svolgimento delle funzioni dirigenziali attribuite dall'azienda, nell'ambito della posizione ricoperta e della competenza professionale posseduta e della disciplina di appartenenza, con impegno orario contrattualmente definito.

2. Il rapporto di lavoro esclusivo comporta l'esercizio dell'attività professionale nelle seguenti tipologie:

a) il diritto all'esercizio di attività libero professionale individuale, al di fuori dell'impegno di servizio, nell'ambito delle strutture aziendali individuate dal direttore generale d'intesa con il collegio di direzione; salvo quanto disposto dal comma 11 dell'articolo 72 della legge 23 dicembre 1998, n. 448;

b) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività a pagamento svolta in équipe, al di fuori dell'impegno di servizio, all'interno delle strutture aziendali;

c) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività, richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in équipe, al di fuori dell'impegno di servizio, in strutture di altra azienda del Servizio sanitario nazionale o di altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione dell'azienda con le predette aziende e strutture;

d) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi all'azienda, quando le predette attività siano svolte al di fuori dell'impegno di servizio e consentano la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, sentite le équipes dei servizi interessati. Le modalità di svolgimento delle attività di cui al presente comma e i criteri per l'attribuzione dei relativi proventi ai dirigenti sanitari interessati nonché al personale che presta la propria collaborazione sono stabiliti dal direttore generale in conformità alle previsioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

3. Per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale e al fine anche di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, l'attività libero professionale non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiore a quella assicurato per i compiti istituzionali. La disciplina contrattuale nazionale definisce il corretto equilibrio fra attività istituzionale e attività libero professionale nel rispetto dei seguenti principi: l'attività istituzionale è prevalente rispetto a quella libero professionale, che viene esercitata nella salvaguardia delle esigenze del servizio e della prevalenza dei volumi orari di attività necessari per i compiti istituzionali; devono essere comunque rispettati i piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale e conseguentemente assicurati i relativi volumi prestazionali ed i tempi di attesa concordati con le équipe; l'attività libero professionale è soggetta a verifica da parte di appositi organismi e sono individuate penalizzazioni, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa, in caso di violazione delle disposizioni di cui al presente comma o di quelle contrattuali.

4. Nello svolgimento dell'attività di cui al comma 2 non è consentito l'uso del ricettario del Servizio sanitario nazionale.

5. Gli incarichi di direzione di struttura, semplice o complessa, implicano il rapporto di lavoro esclusivo. Per struttura, ai fini del presente decreto, si intende l'articolazione organizzativa per la quale è prevista, dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie.

6. Ai fini del presente decreto, si considerano strutture complesse i dipartimenti e le unità operative individuate secondo i criteri di cui all'atto di indirizzo e coordinamento previsto dall'articolo 8-*quater*, comma 3. Fino all'emanazione del predetto atto si considerano strutture complesse tutte le strutture già riservate dalla pregressa normativa ai dirigenti di secondo livello dirigenziale.

7. I dirigenti sanitari appartenenti a posizioni funzionali apicali alla data del 31 dicembre 1998, che non abbiano optato per il rapporto quinquennale ai sensi della pregressa normativa, conservano l'incarico di direzione di struttura complessa alla quale sono preposti. Essi sono sottoposti a verifica entro il 31 dicembre 1999, conservando fino a tale data il trattamento tabellare già previsto per il secondo livello dirigenziale. In

caso di verifica positiva, il dirigente è confermato nell'incarico, con rapporto esclusivo, per ulteriori sette anni. In caso di verifica non positiva o di non accettazione dell'incarico con rapporto esclusivo, al dirigente è conferito un incarico professionale non comportante direzione di struttura in conformità con le previsioni del contratto collettivo nazionale di lavoro; contestualmente viene reso indisponibile un posto di organico di dirigente.

8. Il rapporto di lavoro esclusivo costituisce titolo di preferenza per gli incarichi didattici e di ricerca e per i comandi e i corsi di aggiornamento tecnico-scientifico e professionale.

9. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche al personale di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 17 luglio 1980, n.382, con le specificazioni e gli adattamenti che saranno previsti in relazione ai modelli gestionali e funzionali di cui all'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n.419, dalle disposizioni di attuazione della delega stessa.

10. Resta fermo quanto disposto dall'articolo 72 della legge 23 dicembre 1998, n. 448.

Art. 15-sexies

(Caratteristiche del rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari che svolgono attività libero-professionale extramuraria)

1. Il rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari in servizio al 31 dicembre 1998 i quali, ai sensi dell'articolo 1, comma 10, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, abbiano comunicato al direttore generale l'opzione per l'esercizio della libera professione extramuraria e che non intendano revocare detta opzione, comporta la totale disponibilità nell'ambito dell'impegno di servizio, per la realizzazione dei risultati programmati e lo svolgimento delle attività professionali di competenza. Le aziende stabiliscono i volumi e le tipologie delle attività e delle prestazioni che i singoli dirigenti sono tenuti ad assicurare, nonché le sedi operative in cui le stesse devono essere effettuate.

Art. 15-septies
(Contratti a tempo determinato)

1. I direttori generali possono conferire incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico mediante la stipula di contratti a tempo determinato e con rapporto di lavoro esclusivo, entro il limite del due per cento della dotazione organica della dirigenza, a laureati di particolare e comprovata qualificazione professionale che abbiano svolto attività in organismi ed enti pubblici o privati o aziende pubbliche o private con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali apicali o che abbiano conseguito una particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile dalla formazione universitaria e post-universitaria, da pubblicazioni scientifiche o da concrete esperienze di lavoro e che non godano del trattamento di quiescenza. I contratti hanno durata non inferiore a due anni e non superiore a cinque anni, con facoltà di rinnovo.

2. Le aziende unità sanitarie e le aziende ospedaliere possono stipulare, oltre a quelli previsti dal comma precedente, contratti a tempo determinato, in numero non superiore al cinque per cento della dotazione organica della dirigenza sanitaria, ad esclusione della dirigenza medica, nonché della dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa, per l'attribuzione di incarichi di natura dirigenziale, relativi a profili diversi da quello medico, ad esperti di provata competenza che non godano del trattamento di quiescenza e che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici requisiti coerenti con le esigenze che determinano il conferimento dell'incarico.

3. Il trattamento economico è determinato sulla base dei criteri stabiliti nei contratti collettivi della dirigenza del Servizio sanitario nazionale.

4. Per il periodo di durata del contratto di cui al comma 1 i dipendenti di pubbliche amministrazioni sono collocati in aspettativa senza assegni con riconoscimento dell'anzianità di servizio.

5. Gli incarichi di cui al presente articolo, conferiti sulla base di direttive regionali, comportano l'obbligo per l'azienda di rendere contestualmente indisponibili posti di organico della dirigenza per i corrispondenti oneri finanziari.

Art. 15-octies

(Contratti per l'attuazione di progetti finalizzati)

1. Per l'attuazione di progetti finalizzati, non sostitutivi dell'attività ordinaria, le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere possono, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, a tal fine disponibili, assumere con contratti di diritto privato a tempo determinato soggetti in possesso di diploma di laurea ovvero di diploma universitario, di diploma di scuola secondaria di secondo grado o di titolo di abilitazione professionale, nonché di abilitazione all'esercizio della professione, ove prevista.

Art.15-nonies

(Limite massimo di età per il personale della dirigenza medica e per la cessazione dei rapporti convenzionali)

1. Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, fatta salva l'applicazione dell'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503. E' abrogata la legge 19 febbraio 1991, n. 50, fatto salvo il diritto a rimanere in servizio per coloro i quali hanno già ottenuto il beneficio.

2. Il personale medico universitario di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, cessa dallo svolgimento delle ordinarie attività assistenziali di cui all'articolo 6, comma 1, nonché dalla direzione delle strutture assistenziali, al raggiungimento del limite massimo di età di sessantasette anni. Il personale già in servizio cessa dalle predette attività e direzione al compimento dell'età di settanta anni se alla data del 31 dicembre 1999 avrà compiuto sessantasei anni e all'età di sessantotto anni se alla predetta data avrà compiuto sessanta anni. I protocolli d'intesa tra le regioni e le università e gli accordi attuativi dei medesimi, stipulati tra le università e le aziende sanitarie ai sensi dell'articolo 6, comma 1, disciplinano le modalità e i limiti per l'utilizzazione del suddetto personale universitario per specifiche attività assistenziali strettamente correlate all'attività didattica e di ricerca.

3. Le disposizioni di cui al precedente comma 1 si applicano anche nei confronti del personale a rapporto convenzionale di cui all'articolo 8. In sede di rinnovo

delle relative convenzioni nazionali sono stabiliti tempi e modalità di attuazione.

4. Restano confermati gli obblighi contributivi dovuti per l'attività svolta, in qualsiasi forma, dai medici e dagli altri professionisti di cui all'articolo 8.

Art. 15-decies

(*Obbligo di appropriatezza*)

1. I medici ospedalieri e delle altre strutture di ricovero e cura del Servizio sanitario nazionale, pubbliche o accreditate, quando prescrivono o consigliano medicinali o accertamenti diagnostici a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio sanitario nazionale. Il predetto obbligo si estende anche ai medici specialisti che abbiano comunque titolo per prescrivere medicinali e accertamenti diagnostici a carico del Servizio sanitario nazionale.

2. In ogni caso, si applicano anche ai sanitari di cui al comma 1 il divieto di impiego del ricettario del Servizio sanitario nazionale per la prescrizione di medicinali non rimborsabili dal Servizio, nonché le disposizioni che vietano al medico di prescrivere, a carico del Servizio medesimo, medicinali senza osservare le condizioni e le limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco e prevedono conseguenze in caso di infrazione.

3. Le attività delle aziende unità sanitarie locali previste dall'articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, sono svolte anche nei confronti dei sanitari di cui al comma 1.

Art. 15-undecies

(*Applicabilità al personale di altri enti*)

1. Gli enti e istituti di cui all'articolo 4, comma 12, nonché gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato adeguano i propri ordinamenti del personale alle disposizioni del presente decreto. A seguito di tale adeguamento, al personale dei predetti enti e istituti si applicano le disposizioni di cui all'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, anche per quanto attiene ai trasferimenti da e verso le strutture pubbliche."

Art. 14
(Integrazioni all'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1 Dopo l'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono inseriti i seguenti:

"Art. 16-bis
(Formazione continua)

1 Ai sensi del presente decreto, la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.

2. La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate ai sensi del presente decreto, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo. La formazione continua di cui al comma 1 è sviluppata sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale nelle forme e secondo le modalità indicate dalla Commissione di cui all'art. 16-*ter*.

Art. 16-ter
(Commissione nazionale per la formazione continua)

1 Con decreto del Ministro della sanità, da emanarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto

legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è nominata una Commissione nazionale per la formazione continua, da rinnovarsi ogni cinque anni. La commissione è presieduta dal Ministro della sanità ed è composta da due vicepresidenti, di cui uno nominato dal Ministro della sanità e l'altro rappresentato dal Presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché da dieci membri, di cui due designati dal Ministro della sanità, due dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, uno dal Ministro per la funzione pubblica, uno dal Ministro per le pari opportunità, due dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e due dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Con il medesimo decreto sono disciplinate le modalità di consultazione delle categorie professionali interessate in ordine alle materie di competenza della Commissione.

2. La Commissione di cui al comma 1 definisce, con programmazione pluriennale, sentita la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nonché gli Ordini ed i Collegi professionali interessati, gli obiettivi formativi di interesse nazionale, con particolare riferimento alla elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici. La Commissione definisce i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo, gli indirizzi per la organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale nonché i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative. La Commissione definisce altresì i requisiti per l'accreditamento delle società scientifiche, nonché dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative e procede alla verifica della sussistenza dei requisiti stessi.

3. Le regioni, prevedendo appropriate forme di partecipazione degli ordini e dei collegi professionali, provvedono alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua, concorrono alla individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale di cui al comma 2, elaborano gli obiettivi formativi di specifico interesse regionale, accreditano i

progetti di formazione di rilievo regionale secondo i criteri di cui al comma 2. Le regioni predispongono una relazione annuale sulle attività formative svolte, trasmessa alla Commissione nazionale, anche al fine di garantire il monitoraggio dello stato di attuazione dei programmi regionali di formazione continua.

Art. 16-quater

(Incentivazione della formazione continua)

1. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale, in qualità di dipendente o libero professionista, per conto delle aziende ospedaliere, delle università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private.

2. I contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dipendente e convenzionato individuano specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per il personale che nel triennio non ha conseguito il minimo di crediti formativi stabilito dalla Commissione nazionale.

3. Per le strutture sanitarie private l'adempimento, da parte del personale sanitario dipendente o convenzionato che opera nella struttura, dell'obbligo di partecipazione alla formazione continua e il conseguimento dei crediti nel triennio costituiscono requisito essenziale per ottenere e mantenere l'accreditamento da parte del Servizio sanitario nazionale.

Art. 16-quinquies

(Formazione manageriale)

1. La formazione di cui al presente articolo è requisito necessario per lo svolgimento degli incarichi relativi alle funzioni di direzione sanitaria aziendale e per l'esercizio delle funzioni dirigenziali di secondo livello per le categorie dei medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi. In sede di prima applicazione, tale formazione si consegue, dopo l'assunzione dell'incarico, con la frequenza e il superamento dei corsi di cui al comma 2.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo accordo con il Ministero della sanità ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, organizzano ed attivano, a livello regionale o interregionale, avvalendosi anche, ove necessario, di soggetti pubblici e privati accreditati dalla Commissione di cui all'articolo 16-*ter*, i corsi per la formazione di cui al comma 1, tenendo anche conto delle discipline di appartenenza. Lo stesso accordo definisce i criteri in base ai quali l'Istituto superiore di sanità attiva e organizza i corsi per i direttori sanitari e i dirigenti responsabili di struttura complessa dell'area di sanità pubblica che vengono attivati a livello nazionale.

3. Con decreto del Ministro della sanità, su proposta della commissione di cui all'articolo 16-*ter*, sono definiti i criteri per l'attivazione dei corsi di cui al comma 2, con particolare riferimento all'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, ai criteri di finanziamento e ai bilanci, alla gestione delle risorse umane e all'organizzazione del lavoro, agli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni, alla metodologia delle attività didattiche, alla durata dei corsi stessi, nonché alle modalità con cui valutare i risultati ottenuti dai partecipanti.

4. Gli oneri connessi ai corsi sono a carico del personale interessato.

5. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano al personale dirigente del ruolo sanitario delle unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli istituti ed enti di cui all'articolo 4, degli istituti zooprofilattici sperimentali. Le disposizioni si applicano, altresì, al personale degli enti e strutture pubbliche indicate all'articolo 11 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, al quale sia stata estesa la disciplina sugli incarichi dirigenziali di struttura complessa di cui al presente decreto.

Art. 16-sexies

(Strutture del Servizio sanitario nazionale per la formazione)

1 Il Ministro della sanità, su proposta della regione o provincia autonoma interessata, individua i presidi ospedalieri, le strutture distrettuali e i dipartimenti in possesso dei requisiti di idoneità stabiliti dalla Commissione di cui all'articolo 16-*ter*, ai

quali riconoscere funzioni di insegnamento ai fini della formazione e dell'aggiornamento del personale sanitario.

2. La regione assegna, in via prevalente o esclusiva, a detti ospedali, distretti e dipartimenti le attività formative di competenza regionale ed attribuisce agli stessi la funzione di coordinamento delle attività delle strutture del Servizio sanitario nazionale che collaborano con l'università al fine della formazione degli specializzandi e del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione."

Art. 15

(Modificazioni all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1 L'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dai seguenti:

"Art. 17

(Collegio di direzione)

1. In ogni azienda è costituito il Collegio di direzione, di cui il direttore generale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. Il Collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione per l'elaborazione del programma di attività dell'azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzazione delle risorse umane.

2. La regione disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario ed amministrativo, di direttori di distretto, di dipartimento e di presidio.

Art. 17-bis

(Dipartimenti)

1 L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie.

2. Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto. La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione della risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.

3. La regione disciplina la composizione e le funzioni del Comitato di dipartimento nonché le modalità di partecipazione dello stesso alla individuazione dei direttori di dipartimento."

Art. 16

(Modificazioni all'articolo 19 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

1 Dopo l'articolo 19 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono inseriti i seguenti:

"*Art. 19*-bis

(Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari)

1 E' istituita, presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, la Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari. Con regolamento adottato su proposta del Ministro della sanità, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono disciplinate le modalità di organizzazione e funzionamento della Commissione, composta da dieci esperti di riconosciuta competenza a livello nazionale in materia di organizzazione e programmazione dei servizi, economia, edilizia e sicurezza nel settore della sanità.

2. La Commissione, in coerenza con gli obiettivi indicati dal Piano sanitario nazionale e avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, svolge i seguenti compiti:

a) definisce i requisiti in base ai quali le regioni individuano i soggetti abilitati alla verifica del possesso dei requisiti per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private di cui all'art. 8-*quater*, comma 5;

b) valuta l'attuazione del modello di accreditamento per le strutture pubbliche e per le strutture private;

c) esamina i risultati delle attività di monitoraggio di cui al comma 3 e trasmette annualmente al Ministro della sanità e alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano una relazione sull'attività svolta.

3. Le regioni individuano le modalità e gli strumenti per la verifica della attuazione del modello di accreditamento, trasmettendo annualmente alla Commissione nazionale i risultati della attività di monitoraggio condotta sullo stato di attuazione delle procedure di accreditamento.

Art. 19-ter

(Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia della coesione e dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale)

1 Anche sulla base degli indicatori e dei dati definiti ai sensi dell'articolo 28, comma 10, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, determina i valori di riferimento relativi alla utilizzazione dei servizi, ai costi e alla qualità dell'assistenza anche in relazione alle indicazioni della programmazione nazionale e con comparazioni a livello comunitario relativamente ai livelli di assistenza sanitaria, alle articolazioni per aree di offerta e ai parametri per la valutazione dell'efficienza, dell'economicità e della funzionalità della gestione dei servizi sanitari, segnalando alle regioni gli eventuali scostamenti osservati.

2. Le regioni, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procedono ad una ricognizione delle cause di tali scostamenti

ed elaborano programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento dei Servizi sanitari regionali, di durata non superiore al triennio.

3. Il Ministro della sanità e la regione interessata stipulano una convenzione redatta sulla base di uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avente ad oggetto le misure di sostegno al programma operativo di cui al comma 2, i cui eventuali oneri sono posti a carico della quota parte del Fondo sanitario nazionale destinata al perseguimento degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662. La convenzione:

a) stabilisce le modalità per l'erogazione dei finanziamenti per l'attuazione dei programmi operativi secondo stati di avanzamento;

b) definisce adeguate forme di monitoraggio degli obiettivi intermedi per ogni stato di avanzamento e le modalità della loro verifica da parte dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali;

c) individua forme di penalizzazione e di graduale e progressiva riduzione o dilazione dei finanziamenti per le regioni che non rispettino gli impegni convenzionalmente assunti per il raggiungimento degli obiettivi previsti nei programmi concordati;

d) disciplina, nei casi di inerzia regionale nell'adozione nell'attuazione dei programmi concordati, le ipotesi e le forme di intervento del Consiglio dei ministri secondo le procedure e le garanzie di cui all'articolo 2, comma 2-*octies*.

Art. 19-*quater*
(*Organismi e commissioni*)

1 Gli organismi e le commissioni previsti nel presente decreto si avvalgono, per il loro funzionamento, delle strutture e del personale delle amministrazioni presso cui operano, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica.

Art. 19-*quinquies*

(Relazione sugli effetti finanziari)

1. Il Ministro della sanità riferisce annualmente alle Camere sull'andamento della spesa sanitaria, con particolare riferimento agli effetti finanziari, in termini di maggiori spese e di maggiori economie, delle misure disciplinate dal presente decreto."

Art. 17

(Norme transitorie)

1. I collegi sindacali di cui all'articolo 3-*ter* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 3, comma 3, del presente decreto, sono costituiti entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Sino alla loro costituzione, le funzioni di cui al citato articolo 3-*ter* sono svolte dai collegi dei revisori in carica alla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni

2. Le procedure per il conferimento degli incarichi di secondo livello della dirigenza sanitaria con avvisi pubblici già pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* alla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono portate a termine secondo le norme vigenti.

3. Sono fatti salvi i concorsi per l'accesso al primo livello della dirigenza sanitaria già banditi, nonché le graduatorie esistenti ed ancora valide.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 19 giugno 1999

CIAMPI

D'ALEMA, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

BINDI, *Ministro della sanità*

AMATO, *Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica*

VISCO, *Ministro delle finanze*

BASSOLINO, *Ministro del lavoro e della previdenza sociale*

BERSANI, *Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato*

RONCHI, *Ministro dell'ambiente*

ZECCHINO, *Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica*

TURCO, *Ministro per la solidarietà sociale*

BELLILLO, *Ministro per gli affari regionali*

PIAZZA, *Ministro per la funzione pubblica*

Visto, *il Guardasigilli:* DILIBERTO

NOTE

AVVERTENZA:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'amministrazione competente per materia, ai sensi dell'articolo 10, commi 2 e 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note alle premesse:

- L'articolo 76 della Costituzione è il seguente:

«L'esercizio della funzione legislativa non può essere delegato al Governo se non con determinazione di principi e criteri direttivi e soltanto per tempo limitato e per oggetti definiti.».

- L'articolo 87 della Costituzione è il seguente:

«Il Presidente della Repubblica è il Capo dello Stato e rappresenta l'unità nazionale.

Può inviare messaggi alle Camere.

Indice le elezioni delle nuove Camere e ne fissa la prima riunione.

Autorizza la presentazione alle Camere dei disegni di legge di iniziativa del Governo.

Promulga le leggi ed emana i decreti aventi valore di legge e i regolamenti.

Indice il referendum popolare nei casi previsti dalla Costituzione.

Nomina, nei casi indicati dalla legge, i funzionari dello Stato.

Accredita e riceve i rappresentanti diplomatici, ratifica i trattati internazionali, previa, quando occorra, l'autorizzazione delle Camere.

Ha il comando delle Forze armate, presiede il Consiglio supremo di difesa costituito secondo la legge, dichiara lo stato di guerra deliberato dalle Camere.

Presiede il Consiglio superiore della magistratura.

Può concedere grazia e commutare le pene.

Conferisce le onorificenze della Repubblica.».

- Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, concerne "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"

- Il testo degli articoli 1 e 2 della legge 30 novembre 1998, n. 419 (Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio

sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), è il seguente:

«Art. 1. *(Delega al Governo)*. - 1 Il Governo è delegato ad emanare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi recanti disposizioni modificative e integrative del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sulla base dei princìpi e dei criteri direttivi previsti dall'articolo 2.

2. L'esercizio della delega di cui al comma 1 deve avvenire nel rispetto delle competenze trasferite alle regioni con il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59.

3. Sugli schemi di decreto legislativo di cui al comma 1, ciascuno dei quali deve essere corredato di relazione tecnica sugli effetti finanziari delle disposizioni in esso contenute, il Governo acquisisce il parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per le conseguenze di carattere finanziario, nonché della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. I pareri sono espressi, rispettivamente, entro quaranta giorni ed entro trenta giorni dalla ricezione degli schemi stessi. Il parere della Conferenza unificata è immediatamente trasmesso alle Commissioni parlamentari predette. Sugli schemi di decreto legislativo di cui al comma 1, per le parti aventi riflessi sull'organizzazione del lavoro e sul rapporto di impiego nonché sull'età pensionabile, sono sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

4. L'esercizio della delega di cui alla presente legge non comporta complessivamente oneri aggiuntivi per il bilancio dello Stato e degli enti di cui agli articoli 25 e 27 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni.».

«Art. 2. *(Princìpi e criteri direttivi di delega)*. - 1. Nell'emanazione dei decreti legislativi di cui all'articolo 1, il Governo si atterrà ai seguenti princìpi e criteri direttivi:

a) perseguire la piena realizzazione del diritto alla salute e dei princìpi e degli obiettivi previsti dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni;

b) completare il processo di regionalizzazione e verificare e completare il processo di aziendalizzazione delle strutture del Servizio sanitario nazionale;

c) regolare la collaborazione tra i soggetti pubblici interessati, tenendo conto delle strutture equiparate ai sensi dell'articolo 4, comma 12, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, i cui regolamenti siano stati approvati dal Ministero della sanità; regolare e distribuire i compiti tra i soggetti pubblici interessati ed i soggetti privati, in particolare quelli del privato sociale non aventi scopo di lucro, al fine del raggiungimento degli obiettivi di salute determinati dalla programmazione sanitaria;

d) garantire la libertà di scelta e assicurare che il suo esercizio da parte dell'assistito, nei confronti delle strutture e dei professionisti accreditati e con i quali il Servizio sanitario nazionale intrattenga appositi rapporti, si svolga nell'ambito della programmazione sanitaria;

e) realizzare la partecipazione dei cittadini e degli operatori sanitari alla programmazione ed alla valutazione dei servizi sanitari; dare piena attuazione alla carta dei servizi anche mediante verifiche sulle prestazioni sanitarie nonché la più ampia divulgazione dei dati qualitativi ed economici inerenti alle prestazioni erogate;

f) razionalizzare le strutture e le attività connesse alla prestazione di servizi sanitari, al fine di eliminare sprechi e disfunzioni;

g) perseguire l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari a garanzia del cittadino e del principio di equità distributiva;

h) definire linee guida al fine di individuare le modalità di controllo e verifica, da attuare secondo il principio di sussidiarietà istituzionale e sulla base anche di appositi indicatori, dell'appropriatezza delle prescrizioni e delle prestazioni di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione, in modo da razionalizzare la utilizzazione delle risorse nel perseguimento degli scopi di cui alla lettera a);

i) attribuire, nell'ambito delle competenze previste dal riordino del Ministero della sanità, operato ai sensi della legge 15 marzo 1997, n. 59, i compiti e le funzioni tecnico-scientifici e di coordinamento tecnico all'Istituto superiore di sanità, all'agenzia per i servizi sanitari regionali e all'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro;

l) potenziare il ruolo dei comuni nei procedimenti di programmazione sanitaria e sociosanitaria a livello regionale e locale, anche con la costituzione di un apposito organismo a livello regionale, nonché nei procedimenti di valutazione dei risultati delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere; prevedere la facoltà dei comuni di assicurare, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e assegnando risorse proprie, livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli garantiti dalla stessa programmazione, pur restando esclusi i comuni stessi da funzioni e responsabilità di gestione diretta del Servizio sanitario nazionale;

m) prevedere la facoltà per le regioni di creare organismi di coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 8 giugno 1990, n. 142;

n) prevedere tempi, modalità e aree di attività per pervenire ad una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali, disciplinando altresì la partecipazione dei comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali; stabilire principi e criteri per l'adozione, su proposta dei Ministri della sanità e per la solidarietà sociale, di un atto di indirizzo e coordinamento, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, in sostituzione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 1985, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 191 del 14 agosto 1985, che assicuri livelli uniformi delle prestazioni socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria, anche in attuazione del Piano sanitario nazionale;

o) tenere conto, nella disciplina della dirigenza del ruolo sanitario di strutture del Servizio sanitario nazionale operanti nell'area delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, del carattere interdisciplinare delle strutture stesse e prevedere idonei requisiti per l'accesso, in coerenza con le

restanti professionalità del comparto. Le figure professionali di livello non dirigenziale operanti nell'area delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono individuate con regolamento del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e per la solidarietà sociale; i relativi ordinamenti didattici sono definiti dagli atenei, ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, sulla base di criteri generali determinati con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, emanato di concerto con gli altri Ministri interessati, tenendo conto dell'esigenza di una formazione interdisciplinare, attuata con la collaborazione di più facoltà universitarie, adeguata alle competenze delineate nei profili professionali;

p) prevedere, in attuazione del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, e del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 80, l'estensione del regime di diritto privato del rapporto di lavoro alla dirigenza sanitaria, determinando altresì criteri generali sulla cui base disciplinare, in sede di contrattazione collettiva nazionale, l'organizzazione del lavoro, con particolare riferimento al modello dipartimentale;

q) prevedere le modalità per pervenire per aree, funzioni ed obiettivi, a regime, all'esclusività del rapporto di lavoro, quale scelta individuale per il solo personale della dirigenza sanitaria in ruolo al 31 dicembre 1998, da incentivare anche con il trattamento economico aggiuntivo di cui all'articolo 1, comma 12, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, secondo modalità applicative definite in sede di contrattazione collettiva nazionale di lavoro;

r) prevedere la facoltà per le aziende unità sanitarie locali e per le aziende ospedaliere di stipulare contratti a tempo determinato per l'attribuzione di incarichi di natura dirigenziale relativi a profili diversi da quello medico a soggetti che non godano del trattamento di quiescenza e che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici requisiti;

s) prevedere la facoltà per le aziende unità sanitarie locali e per le aziende ospedaliere, esclusivamente per progetti finalizzati e non sostitutivi dell'attività ordinaria, di stipulare contratti a tempo determinato di formazione e lavoro con soggetti in possesso del diploma di laurea o con personale non laureato in possesso di specifici requisiti;

t) rendere omogenea la disciplina del trattamento assistenziale e previdenziale dei soggetti nominati direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario di azienda, nell'ambito dei trattamenti assistenziali e previdenziali previsti dalla legislazione vigente, prevedendo altresì per i dipendenti privati l'applicazione dell'articolo 3, comma 8, secondo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

u) ridefinire i requisiti per l'accesso all'incarico di direttore generale delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, prevedendo, tra l'altro, la certificazione della frequenza di un corso regionale di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria di durata non superiore a sei mesi, secondo modalità dettate dal Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, e semplificare le modalità di nomina e di revoca

dall'incarico rendendole coerenti con il completamento del processo di aziendalizzazione, con la natura privatistica e fiduciaria del rapporto e con il principio di responsabilità gestionale; assicurare il coinvolgimento dei comuni e dei loro organismi di rappresentanza nel procedimento di revoca e nel procedimento di valutazione dei direttori generali, con riguardo ai risultati conseguiti dalle aziende unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere, rispetto agli obiettivi della programmazione sanitaria regionale e locale; prevedere criteri per la revisione del regolamento, recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, adottato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, rapportando l'eventuale integrazione del trattamento economico annuo alla realizzazione degli obiettivi di salute determinati dalla programmazione sanitaria regionale e stabilendo che il trattamento economico del direttore sanitario e del direttore amministrativo sia definito in misura non inferiore a quello previsto dalla contrattazione collettiva nazionale rispettivamente per le posizioni apicali della dirigenza medica ed amministrativa;

v) garantire la razionalità e l'economicità degli interventi in materia di formazione e di aggiornamento del personale sanitario, prevedendo la periodica elaborazione da parte del Governo, sentite le Federazioni degli ordini, di linee guida rivolte alle amministrazioni competenti e la determinazione, da parte del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, del fabbisogno di personale delle strutture sanitarie, ai soli fini della programmazione, da parte del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, degli accessi ai corsi di diploma per le professioni sanitarie e della ripartizione tra le singole scuole del numero di posti per la formazione specialistica dei medici e dei medici veterinari, nonché degli altri profili professionali della dirigenza del ruolo sanitario; prevedere che i protocolli d'intesa tra le regioni e le università e le strutture del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 6, commi 1 e 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da attuare nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, siano definiti sulla base di apposite linee guida, predisposte dal Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano; prevedere che con gli stessi protocolli siano individuate le strutture universitarie per lo svolgimento delle attività assistenziali, sulla base di parametri predeterminati a livello nazionale, in coerenza con quanto disposto dal decreto 31 luglio 1997, dei Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 181 del 5 agosto 1997;

z) collegare le strategie e gli strumenti della ricerca sanitaria alle finalità del Piano sanitario nazionale, prevedendo, d'intesa tra i Ministri interessati, modalità di coordinamento con la complessiva ricerca biomedica e strumenti e modalità di integrazione e di coordinamento tra ricerca pubblica e ricerca privata;

aa) ridefinire il ruolo del Piano sanitario nazionale, nel quale sono individuati gli obiettivi di salute, i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni efficaci ed appropriate da garantire a tutti i cittadini a carico del Fondo sanitario nazionale; demandare ad appositi organismi scientifici del Servizio sanitario nazionale l'individuazione dei criteri di valutazione qualitativa e quantitativa delle prestazioni sanitarie, disciplinando la partecipazione a tali organismi delle società scientifiche accreditate, anche prevedendo sistemi di certificazione della qualità;

bb) stabilire i tempi e le modalità generali per l'attivazione dei distretti e per l'attribuzione ad essi di risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento nonché, nell'ambito della ridefinizione del ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, quelle per la loro integrazione nell'organizzazione distrettuale, rapportando ai programmi di distretto e agli obiettivi in tale sede definiti la previsione della quota variabile del compenso spettante ai suddetti professionisti, correlata comunque al rispetto dei livelli di spesa programmati di cui all'articolo 8, comma 1, lettera c), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

cc) riordinare le forme integrative di assistenza sanitaria, di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, precisando che esse si riferiscono a prestazioni aggiuntive, eccedenti i livelli uniformi ed essenziali di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale, con questi comunque integrate, ammettendo altresì la facoltà per le regioni, le province autonome e gli enti locali e per i loro consorzi di partecipare alla gestione delle stesse forme integrative di assistenza;

dd) stabilire, fermi restando i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi di cui all'articolo 8, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le modalità e i criteri per il rilascio dell'autorizzazione a realizzare strutture sanitarie; semplificare le procedure per gli interventi di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, nonché di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti, finanziati ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, fino a prevedere, in caso di inerzia o ritardo immotivato da parte delle aziende e delle regioni e delle province autonome nell'esecuzione e nel completamento dei suddetti interventi, la riduzione dei finanziamenti già assegnati e la loro riassegnazione;

ee) garantire l'attività di valutazione e di promozione della qualità dell'assistenza, prevedendo apposite modalità di partecipazione degli operatori ai processi di formazione; rafforzare le competenze del consiglio dei sanitari in ordine alle funzioni di programmazione e di valutazione delle attività tecnico-sanitarie e assistenziali dell'azienda;

ff) definire i criteri generali in base ai quali le regioni determinano istituti per rafforzare la partecipazione delle formazioni sociali esistenti sul territorio e dei cittadini alla programmazione ed alla valutazione della attività delle aziende sanitarie, secondo quanto previsto dagli articoli 13 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

gg) definire un modello di accreditamento rispondente agli indirizzi del Piano sanitario nazionale, in applicazione dei criteri posti dall'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997, che le regioni attuano in coerenza con le proprie scelte di programmazione, anche al fine di consentire la tenuta e l'aggiornamento periodico dell'elenco delle prestazioni erogate e delle relative liste di attesa, per consentirne una facile e trasparente pubblicità;

hh) definire, ai fini dell'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, standard minimi di strutture, attrezzature e personale, che assicurino tutti i servizi necessari derivanti dalle funzioni richieste in seguito all'accreditamento;

ii) precisare i criteri distintivi e gli elementi caratterizzanti per l'individuazione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, con particolare riguardo alle caratteristiche organizzative minime delle stesse ed al rilievo nazionale o interregionale delle aziende ospedaliere;

ll) definire il sistema di remunerazione dei soggetti erogatori, classificati ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, tenendo in considerazione, per quanto attiene alle strutture private, la specificità di quelle non aventi fini di lucro, nel pieno rispetto dei criteri di efficacia e di efficienza;

mm) prevedere, insieme al pagamento a tariffa delle prestazioni, livelli di spesa e modalità di contrattazione per piani di attività che definiscano volumi e tipologie delle prestazioni, nell'ambito dei livelli di spesa definiti in rapporto alla spesa capitaria e tenendo conto delle caratteristiche di complessità delle prestazioni erogate in ambito territoriale; prevedere le modalità di finanziamento dei presìdi ospedalieri interni alle aziende unità sanitarie locali;

nn) prevedere le modalità e le garanzie attraverso le quali l'agenzia per i servizi sanitari regionali individua, in collaborazione con le regioni interessate, gli interventi da adottare per il recupero dell'efficienza, dell'economicità e della funzionalità nella gestione dei servizi sanitari e fornisce alle regioni stesse il supporto tecnico per la redazione dei programmi operativi, trasmettendo le relative valutazioni al Ministro della sanità;

oo) prevedere le modalità e le garanzie con le quali il Ministro della sanità, valutate le situazioni locali e sulla base delle segnalazioni trasmesse dall'agenzia per i servizi sanitari regionali, ai sensi della lettera nn), sostiene i programmi di cui alla medesima lettera; applica le adeguate penalizzazioni, secondo meccanismi automatici di riduzione e dilazione dei flussi finanziari in caso di inerzia o ritardo delle regioni nell'adozione o nell'attuazione di tali programmi, sentito il parere dell'agenzia; individua, su parere dell'agenzia e previa consultazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, forme di intervento del Governo volte a far fronte, nei casi più gravi, all'eventuale inerzia delle amministrazioni;

pp) stabilire modalità e termini di riduzione dell'età pensionabile per il personale della dirigenza dell'area medica dipendente dal Servizio sanitario nazionale e, per quanto riguarda il personale universitario, della cessazione dell'attività assistenziale nel rispetto del proprio stato giuridico; prevedere altresì

limiti di età per la cessazione dei rapporti convenzionali di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

qq) escludere la stipulazione di nuove convenzioni con i soggetti di cui all'articolo 8, commi 1-bis e 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, prevedendo, nell'ambito del superamento dei rapporti convenzionali previsti dalle stesse disposizioni, la dinamicità dei requisiti di accesso ai fini dell'inquadramento in ruolo nonché la revisione dei rapporti convenzionali in atto, escludendo, comunque, il servizio medico di continuità assistenziale;

rr) prevedere le modalità attraverso le quali il dipartimento di prevenzione, di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, cui vengono assegnate nell'ambito della programmazione sanitaria apposite risorse, nel quadro degli obiettivi definiti dal Piano sanitario nazionale e in base alle caratteristiche epidemiologiche della popolazione residente, fornisce il proprio supporto alla direzione aziendale, prevedendo forme di coordinamento tra le attività di prevenzione effettuate dai distretti e dai dipartimenti delle aziende unità sanitarie locali; definire le modalità del coordinamento tra i dipartimenti di prevenzione e le agenzie regionali per la protezione dell'ambiente; prevedere modalità per assicurare ai servizi di sanità pubblica veterinaria delle aziende unità sanitarie locali autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale.

2. La regione Valle d'Aosta, la regione Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e di Bolzano adeguano la propria legislazione, in coerenza con il sistema di autofinanziamento del settore sanitario e nei limiti dei rispettivi statuti e delle relative norme di attuazione, ai princìpi fondamentali dei decreti legislativi attuativi della presente legge.».

- L'articolo 10, comma 1 della legge 13 maggio 1999, n. 133 (Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale), è il seguente:

«Art. 10. (*Disposizioni in materia di federalismo fiscale).*

1 Il Governo è delegato ad emanare, entro nove mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi aventi per oggetto il finanziamento delle regioni a statuto ordinario e l'adozione di meccanismi perequativi interregionali, in base ai seguenti princìpi e criteri direttivi:

a) abolizione dei vigenti trasferimenti erariali a favore delle regioni a statuto ordinario, ad esclusione di quelli destinati a finanziarie interventi nel settore delle calamità naturali, nonché di quelli a specifica destinazione per i quali sussista un rilevante interesse nazionale; sono in ogni caso ricompresi tra i trasferimenti soppressi quelli destinati al finanziamento del trasporto pubblico di cui al decreto legislativo 19 novembre 1997, n. 422, e della spesa sanitaria corrente; quest'ultima è computata al netto delle somme vincolate da accordi internazionali e di quelle destinate al finanziamento delle attività degli istituti di ricovero e cura, delle attività degli istituti di ricerca scientifica e sperimentale e delle iniziative previste da leggi nazionali o dal piano sanitario nazionale riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo nazionale e internazionale per ricerche e sperimentazioni attinenti alla gestione dei servizi e alle tecnologie e

biotecnologie sanitarie, in misura non inferiore alla relativa spesa storica. Fermo restando quanto previsto dal comma 2 dell'articolo 121 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sono determinati, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, i criteri per il raccordo dell'attività degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con la programmazione regionale, nonché le modalità per il finanziamento delle attività assistenziali;

b) sostituzione dei trasferimenti di cui alla lettera *a)* e di quelli connessi al conferimento di funzioni alle regioni di cui al capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59, mediante un aumento dell'aliquota di compartecipazione dell'addizionale regionale all'IRPEF comunque non inferiore a 1,5 punti percentuali, con riduzione delle aliquote erariali in modo tale da mantenere il gettito complessivo dell'IRPEF inalterato; aumento dell'aliquota della compartecipazione all'accisa sulla benzina, la quale non potrà comunque essere superiore a 450 lire al litro; istituzione di una compartecipazione all'IVA, in misura non superiore al 20 per cento del gettito IVA complessivo. Le assegnazioni alle regioni del gettito delle compartecipaizoni, al netto di quanto destinato al fondo perequativo di cui alla lettera *e)*, avvengono con riferimento a dati indicativi delle rispettive basi imponibili regionali;

c) determinazione delle esatte misure delle aliquote di cui alla lettera *b)* in modo tale da assicurare, tenuto conto della regolazione delle quote riversate allo Stato ai sensi dell'articolo 26, comma 2, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, la copertura complessiva dei trasferimenti aboliti;

d) previsione di meccanismi perequativi in funzione della capacità fiscale relativa ai principali tributi e compartecipazioni a tributi erariali, nonché della capacità di recupero dell'evasione fiscale e dei fabbisogni sanitari; previsione, inoltre, di un eventuale periodo transitorio, non superiore ad un triennio, nel quale la perequazione possa essere effettuata anche in funzione della spesa storica; ciò al fine di consentire a tutte le regioni a statuto ordinario di svolgere le proprie funzioni e di erogare i servizi di loro competenza a livelli essenziali ed uniformi su tutto il territorio nazionale, tenendo conto delle capacità fiscale insufficienti a far conseguire tali condizioni e della esigenza di superare gli squilibri socio-economici territoriali;

e) previsione di istituire un fondo perequativo nazionale finanziato attingendo alla compartecipazione all'IVA di cui alla lettera *b)*, ed eventualmente destinando a questa finalizzazione anche quota parte dell'aliquota della compartecipazione all'accisa sulla benzina di cui alla medesima lettera *b)*;

f) revisione del sistema dei trasferimenti erariali agli enti locali in funzione delle esigenze di perequazione connesse all'aumento dell'autonomia impositiva e alla capacità fiscale relativa all'ICI e alla compartecipazione all'IRPEF non facoltativa. La perequazione deve basarsi su quota capitarie definite in relazione alle caratteristiche territoriali, demografiche e infrastrutturali, nonché alle situazioni economiche e sociali e può essere effettuata, per un periodo transitorio, anche in funzione dei trasferimenti storici;

g) previsione di un periodo transitorio non superiore al triennio nel quale ciascuna regione è vincolata ad impegnare, per l'erogazione delle prestazioni del

Servizio sanitario nazionale, una spesa definita in funzione della quota capitaria stabilita dal piano sanitario nazionale; la rimozione del vincolo è comunque coordinata con l'attivazione del sistema di controllo di cui alla lettera *i)*; gli eventuali risparmi di spesa sanitaria rimangono attribuiti in ogni caso alla regione che li ha ottenuti;

h) estensione dei meccanismi di finanziamento di cui alla lettera *b)* alla copertura degli oneri per lo svolgimento delle funzioni e dei compiti trasferiti alle regioni, ai sensi del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59, ad esito del procedimento di identificazione delle risorse di cui all'articolo 7 della predetta legge n. 59 del 1997, tenuto conto dei criteri definiti nelle lettere precedenti, nonché dei criteri previsti dall'articolo 48, comma 11, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, in quanto applicabile;

i) previsione di procedure di monitoraggio e di verifica dell'assistenza sanitaria erogata, in base ad appropriati parametri qualitativi e quantitativi, nonché di raccolta delle informazioni a tal fine necessarie, anche condizionando al loro rispetto la misura dei trasferimenti perequativi e delle compartecipazioni; razionalizzazione della normativa e delle procedure vigenti in ordine ai fattori generatori della spesa sanitaria, con particolare riguardo alla spesa del personale, al fine di rendere trasparenti le responsabilità delle decisioni di spesa per ciascun livello di governo;

l) previsione di una revisione organica del trattamento del regime fiscale attualmente vigente per i contributi volontari e contrattuali di assistenza sanitaria versati ad enti o casse, al fine di:

1) riconoscere un trattamento fiscale di prevalente agevolazione in favore dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, come disciplinati dalle disposizioni attuative della legge 30 novembre 1998, n. 419;

2) assicurare la parità di trattamento fiscale tra i fondi diversi da quelli di cui al numero 1);

3) garantire l'invarianza complessiva del gettito ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche;

m) coordinamento della disciplina da emanare con quella attualmente vigente in materia per le regioni a statuto speciale, salvo i profili attribuiti alle fonti previste dagli statuti di autonomia;

n) estensione anche alle regioni della possibilità di partecipare alle attività di accertamento dei tributi erariali, in analogia a quanto già previsto per i comuni dall'articolo 44 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600;

o) abolizione della compartecipazione dei comuni e delle province al gettito dell'IRAP di cui all'articolo 27, commi 1, 2 e 3, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, e conseguente rideterminazione dei trasferimenti erariali alle regioni, alle province e ai comuni in modo da garantire la neutralità finanziaria per i suddetti enti e la copertura degli oneri di cui all'articolo 1-*bis* del decreto-legge 25 novembre 1996, n. 599, convertito, con modificazioni dalla legge 24 gennaio 1997, n. 5. Ai fini della suddetta rideterminazione si fa riferimento alla compartecipazione all'IRAP per l'anno 1998;

p) previa verifica della compatibilità con la normativa comunitaria, facoltà per le regioni a statuto ordinario di confine di ridurre la misura dell'accisa sulle benzine, nei limiti della quota assegnata alle stesse regioni, anche in maniera differenziata per singoli, comuni, in ragione della distanza dal confine nazionale. previsione di misure di compartecipazione regionale all'eventuale dell'accisa sulle benzine accertato nelle regioni per effetto della prevista riduzione della quota regionale;

q) definizione delle modalità attraverso le quali le regioni e gli enti locali siano coinvolti nella predisposizione dei provvedimenti attuativi della delega di cui al presente comma;

r) previsione, anche in attuazione delle norme vigenti, di misure idonee al conseguimento dei seguenti principi e obiettivi:

1) le misure organiche e strutturali corrispondano alle accresciute esigenze conseguenti ai conferimenti operati con i decreti legislativi attuativi della legge 15 marzo 1997, n. 59;

le regioni siano coinvolte nel processo di individuazione di conseguenti trasferimenti erariali da sopprimere e sostituire con il gettito di compartecipazione di tributi erariali e di predisposizione della relativa disciplina.».

Note all'art. 1:

- L'articolo 1 del citato decreto legislativo n. 502/92, nel testo precedente le modificazioni apportate dal presente articolo, era il seguente:

«Art. 1. *(Programmazione sanitaria nazionale e definizione dei livelli uniformi di assistenza).*

1 Gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del Servizio sanitario nazionale nonché i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale ed i relativi finanziamenti di parte corrente ed in conto capitale sono stabiliti con il Piano sanitario nazionale, nel rispetto degli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale ed in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al Servizio sanitario nazionale. Il Piano sanitario nazionale è predisposto dal Governo, sentite le commissioni parlamentari permanenti competenti per la materia, che si esprimono entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto. Il Governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il Piano è adottato, ai sensi dell'art. 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Ove non vi sia l'intesa entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto, il Governo provvede direttamente con atto motivato.

2. Il Piano sanitario nazionale, che ha durata triennale, è adottato dal Governo entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio, con la procedura di cui al precedente comma, anche per quanto riguarda i limiti e i criteri di erogazione delle prestazioni e le eventuali forme di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti in relazione alle risorse stabilite dalla legge finanziaria.

3. Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996 è adottato entro il 31 luglio 1993.

4. Il Piano sanitario nazionale indica:

a) le aree prioritarie di intervento anche ai fini del riequilibrio territoriale delle condizioni sanitarie della popolazione;

b) i livelli uniformi di assistenza sanitaria da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini rapportati al volume delle risorse a disposizione;

c) i progetti-obiettivo da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali, fermo restando il disposto dell'art. 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, in materia di attribuzione degli oneri relativi;

d) le esigenze prioritarie in materia di ricerca biomedica e di ricerca sanitaria applicata, orientata anche alla sanità pubblica veterinaria, alle funzioni gestionali ed alla valutazione dei servizi e delle attività svolte;

e) gli indirizzi relativi alla formazione di base del personale;

f) le misure e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti;

g) i finanziamenti relativi a ciascun anno di validità del piano in coerenza con i livelli uniformi di assistenza.

5. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di pubblicazione del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano con le modalità previste dai rispettivi statuti, i Piani sanitari regionali, uniformandoli alle indicazioni del Piano sanitario nazionale, e definendo i modelli organizzativi dei servizi in funzione delle specifiche esigenze del territorio e delle risorse effettivamente a disposizione.

6. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità, espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale, illustra analiticamente e comparativamente costi, rendimenti e risultati delle unità del Servizio e fornisce indicazioni per l'ulteriore programmazione. La Relazione fa menzione dei risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali.

7 Su richiesta delle regioni o direttamente, il Ministero della sanità promuove forme di collaborazione nonché l'elaborazione di apposite linee guida, in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento. Per quest'attività il Ministero si avvale dell'Agenzia per l'organizzazione dei servizi sanitari regionali».

- Il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 reca "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59"

- Il testo degli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), è il seguente:

«1. *(I princìpi).* - La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.».

«2. *(Gli obiettivi).* - Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo è assicurato mediante:

1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità;

2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;

3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;

4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;

5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;

6) l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;

7) una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;

8) la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale.

Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue:

a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese;

b) la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti ed i servizi necessari;

c) le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale ed infantile;

d) la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati;

e) la tutela sanitaria delle attività sportive;

f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione;

g) la tutela della salute mentale privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici;

h) [lettera abrogata a seguito di *referendum* abrogativo i cui risultati sono stati dichiarati con decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 1993, n. 177 (Gazz. Uff. 5 giugno 1993, n. 130). Detta abrogazione ha avuto effetto decorsi sessanta giorni dalla data di pubblicazione del sopracitato decreto n. 177 del 1993 nella Gazzetta Ufficiale. n.d.r.]».

- L'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13 (Determinazione degli atti amministrativi da adottarsi nella forma del decreto del Presidente della Repubblica), è il seguente:

«Art. 1. - 1. Il Presidente della Repubblica, oltre gli atti previsti espressamente dalla Costituzione o da norme costituzionali e quelli relativi all'organizzazione e al personale del Segretariato generale della Presidenza della Repubblica, emana i seguenti altri atti, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri o del Ministro competente:

a) nomina dei Sottosegretari di Stato;

b) nomina dei commissari straordinari del Governo;

c) nomina del presidente e del segretario generale del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro;

d) approvazione della nomina del governatore della banca d'Italia;

e) nomina alla presidenza di enti, istituti e aziende a carattere nazionale ai sensi dell'articolo 3 della legge 23 agosto 1988, n. 400;

f) nomina e conferimento di incarichi direttivi a magistrati ordinari, amministrativi, militari e ad avvocati dello Stato;

g) nomina del presidente, dei presidenti di sezione e dei componenti della commissione tributaria centrale;

h) nomina dei funzionari dello Stato con qualifica non inferiore a dirigente generale o equiparata;

i) nomina e destinazione dei commissari del Governo presso le regioni;

l) destinazione dei prefetti presso i capoluoghi di provincia;

m) destinazione degli ambasciatori e dei ministri plenipotenziari presso sedi diplomatiche estere e conferimento delle funzioni di capo di rappresentanza diplomatica;

n) nomina degli ufficiali delle Forze armate di grado non inferiore a generale di brigata o equiparato;

o) nomina del capo di stato maggiore della difesa, del segretario generale della difesa e dei capi di stato maggiore delle tre Forze armate;

p) nomina del presidente del Consiglio superiore delle Forze armate;

q) nomina dei comandanti delle regioni militari, dei dipartimenti militari marittimi, delle regioni aeree e dei comandanti di corpo d'armata e di squadra navale;

r) nomina del segretario generale del Ministero degli affari esteri;

s) nomina del capo della polizia - direttore generale della Pubblica sicurezza;

t) nomina del comandante generale dell'Arma dei carabinieri;

u) nomina del comandante generale della Guardia di finanza;

v) prima nomina degli ufficiali delle Forze armate;

z) scioglimento anticipato dei consigli provinciali e comunali e nomina dei relativi commissari;

aa) concessione della cittadinanza italiana;

bb) decisione dei ricorsi straordinari al Presidente della Repubblica;

cc) provvedimento di annullamento straordinario degli atti amministrativi illegittimi;

dd) conferimento di ricompense al valore e al merito civile e militare e concessione di bandiere, stemmi, gonfaloni e insegne, nei casi in cui la forma del decreto del Presidente della Repubblica sia prevista dalla legge;

ee) concessione del titolo di città;

ff) atti per i quali la forma del decreto del Presidente della Repubblica sia prevista dalla legge in relazione a procedimenti elettorali o referendari;

gg) atti per i quali la forma del decreto del Presidente della Repubblica sia prevista da norme di attuazione degli statuti delle regioni a statuto speciale;

hh) [Lettera abrogata dall'articolo 8, legge 15 marzo 1997, n. 59, n.d.r.];

ii) tutti gli atti per i quali è intervenuta la deliberazione del Consiglio dei Ministri.

2. L'elencazione degli atti di competenza del Presidente della Repubblica, contenuta nel comma 1, è tassativa e non può essere modificata, integrata, sostituita o abrogata se non in modo espresso.».

- L'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 (Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali), è il seguente:

«Art. 8. *(Conferenza Stato-città ed autonomie locali e Conferenza unificata).* - 1 La Conferenza Stato-città ed autonomie locali è unificata per le

materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province, dei comuni e delle comunità montane, con la Conferenza Stato-regioni.

2. La Conferenza Stato-città ed autonomie locali è presieduta dal Presidente del Consiglio dei Ministri o, per sua delega, dal Ministro dell'interno o dal Ministro per gli affari regionali, ne fanno parte altresì il Ministro del tesoro e del bilancio e della programmazione economica, il Ministro delle finanze, il Ministro dei lavori pubblici, il Ministro della sanità, il presidente dell'Associazione nazionale dei comuni d'Italia - ANCI, il presidente dell'Unione province d'Italia - UPI ed il presidente dell'Unione nazionale comuni, comunità ed enti montani - UNCEM. Ne fanno parte inoltre quattordici sindaci designati dall'ANCI e sei presidenti di provincia designati dall'UPI. Dei quattordici sindaci designati dall'ANCI cinque rappresentano le città individuate dall'articolo 17 della legge 8 giugno 1990, n. 142. Alle riunioni possono essere invitati altri membri del Governo, nonché rappresentanti di amministrazioni statali, locali o di enti pubblici.

3. La Conferenza Stato-città ed autonomie locali è convocata almeno ogni tre mesi, e comunque in tutti i casi il presidente ne ravvisi la necessità o qualora ne faccia richiesta il presidente dell'ANCI, dell'UPI o dell'UNCEM.

4. La Conferenza unificata di cui al comma 1 è convocata dal Presidente del Consiglio dei Ministri. Le sedute sono presiedute dal Presidente del Consiglio dei Ministri o, su sua delega, dal Ministro per gli affari regionali o, se tale incarico non è conferito, dal Ministro dell'interno.».

- L'articolo 10, comma 1, lettere *d), e), f)* ed *h),* del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460 (Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale), è il seguente:

«Art. 10. *(Organizzazioni non lucrative di utilità sociale).* - 1. Sono organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS) le associazioni, i comitati, le fondazioni, le società cooperative e gli altri enti di carattere privato, con o senza personalità giuridica, i cui statuti o atti costitutivi, redatti nella forma dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata o registrata, prevedono espressamente:

(Omissis)

d) il divieto di distribuire, anche in modo indiretto, utili e avanzi di gestione nonché fondi, riserve o capitale durante la vita dell'organizzazione, a meno che la destinazione o la distribuzione non siano imposte per legge o siano effettuate a favore di altre ONLUS che per legge, statuto o regolamento fanno parte della medesima ed unitaria struttura;

e) l'obbligo di impiegare gli utili o gli avanzi di gestione per la realizzazione delle attività istituzionali e di quelle ad esse direttamente connesse;

f) l'obbligo di devolvere il patrimonio dell'organizzazione, in caso di suo scioglimento per qualunque causa, ad altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale o a fini di pubblica utilità, sentito l'organismo di controllo di cui all'articolo 3, comma 190, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 (22), salvo diversa destinazione imposta dalla legge;

g) l'obbligo di redigere il bilancio o rendiconto annuale;

h) disciplina uniforme del rapporto associativo e delle modalità associative volte a garantire l'effettività del rapporto medesimo, escludendo espressamente la temporaneità della partecipazione alla vita associativa e prevedendo per gli associati o partecipanti maggiori d'età il diritto di voto per l'approvazione e le modificazioni dello statuto e dei regolamenti e per la nomina degli organi direttivi dell'associazione ».

L'articolo 10 commi 6 e 7, del citato decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460, è il seguente:

«Art. 10. *(Organizzazioni non lucrative di utilità sociale). (Omissis).*

6. Si considerano in ogni caso distribuzione indiretta di utili o di avanzi di gestione:

a) le cessioni di beni e le prestazioni di servizi a soci, associati o partecipanti, ai fondatori, ai componenti gli organi amministrativi e di controllo, a coloro che a qualsiasi titolo operino per l'organizzazione o ne facciano parte, ai soggetti che effettuano erogazioni liberali a favore dell'organizzazione, ai loro parenti entro il terzo grado ed ai loro affini entro il secondo grado, nonché alle società da questi direttamente o indirettamente controllate o collegate, effettuate a condizioni più favorevoli in ragione della loro qualità. Sono fatti salvi, nel caso delle attività svolte nei settori di cui ai numeri 7) e 8) della lettera a) del comma 1, i vantaggi accordati a soci, associati o partecipanti ed ai soggetti che effettuano erogazioni liberali, ed ai loro familiari, aventi significato puramente onorifico e valore economico modico;

b) l'acquisto di beni o servizi per corrispettivi che, senza valide ragioni economiche, siano superiori al loro valore normale;

c) la corresponsione ai componenti gli organi amministrativi e di controllo di emolumenti individuali annui superiori al compenso massimo previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 10 ottobre 1994, n. 645, e dal decreto-legge 21 giugno 1995, n. 239, convertito dalla legge 3 agosto 1995, n. 336, e successive modificazioni e integrazioni, per il presidente del collegio sindacale delle società per azioni;

d) la corresponsione a soggetti diversi dalle banche e dagli intermediari finanziari autorizzati, di interessi passivi, in dipendenza di prestiti di ogni specie, superiori di 4 punti al tasso ufficiale di sconto;

e) la corresponsione ai lavoratori dipendenti di salari o stipendi superiori del 20 per cento rispetto a quelli previsti dai contratti collettivi di lavoro per le medesime qualifiche.

7. Le disposizioni di cui alla lettera h) del comma 1 non si applicano alle fondazioni, e quelle di cui alle lettere h) ed i) del medesimo comma 1 non si applicano agli enti riconosciuti dalle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese.».

Note all'art. 2:

- L'articolo 2 del citato decreto legislativo n. 502/92, nel testo precedente le modificazioni apportate dal presente articolo, era il seguente:

«Art. 2. *(Competenze regionali).*

1. Spettano alle regioni e alle province autonome, nel rispetto dei princìpi

stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.

2. Spettano in particolare alle regioni la determinazione dei princìpi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.».

- L'articolo 17, comma 1 della legge 8 giugno 1990, n. 142 (Ordinamento delle autonomie locali), è il seguente:

«Art. 17 *(Aree metropolitane)*. - 1 Sono considerate aree metropolitane le zone comprendenti i comuni di Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Bari, Napoli e gli altri comuni i cui insediamenti abbiano con essi rapporti di stretta integrazione in ordine alle attività economiche, ai servizi essenziali alla vita sociale, nonché alle relazioni culturali e alle caratteristiche territoriali.».

- L'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica), è il seguente:

«Art. 1. *(Misure in materia di sanità, pubblico impiego, istruzione, finanza regionale e locale, previdenza e assistenza). (Omissis).*

34. Ai fini della determinazione della quota capitaria, in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, stabilisce i pesi da attribuire ai seguenti elementi: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali. Il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, può vincolare quote del Fondo sanitario nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, con priorità per i progetti sulla tutela della salute materno-infantile, della salute mentale, della salute degli anziani nonché per quelli finalizzati alla prevenzione, e in particolare alla prevenzione delle malattie ereditarie. Nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive nell'infanzia le regioni, nell'ambito delle loro disponibilità finanziarie, devono concedere gratuitamente i vaccini per le vaccinazioni non obbligatorie quali antimorbillosa, antirosolia, antiparotite e antihaemophulius influenza e tipo B quando queste vengono richieste dai genitori con prescrizione medica. Di tale norma possono usufruire anche i bambini extracomunitari non residenti sul territorio nazionale.».

- L'articolo 2, comma 1, lettera *l)*, della citata legge n. 419/98, è il seguente:

«Art. 2. *(Princìpi e criteri direttivi di delega).* - 1. Nell'emanazione dei decreti legislativi di cui all'articolo 1, il Governo si atterrà ai seguenti princìpi e criteri direttivi:

(Omissis)

l) potenziare il ruolo dei comuni nei procedimenti di programmazione sanitaria e sociosanitaria a livello regionale e locale, anche con la costituzione di un apposito organismo a livello regionale, nonché nei procedimenti di valutazione dei risultati delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere; prevedere la facoltà dei comuni di assicurare, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e assegnando risorse proprie, livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli garantiti dalla stessa programmazione, pur restando esclusi i comuni stessi da funzioni e responsabilità di gestione diretta del Servizio sanitario nazionale.».

Note all'art. 3:

- L'articolo 3 del citato decreto legislativo n. 502/92, nel testo precedente le modificazioni apportate dal presente articolo, era il seguente:

«Art. 3. *(Organizzazione delle unità sanitarie locali).*

1 L'unità sanitaria locale è azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, fermo restando il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali.

2. L'unità sanitaria locale provvede ad assicurare i livelli di assistenza di cui all'articolo 1 nel proprio ambito territoriale.

3. L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.

4. Sono organi dell'unità sanitaria locale il direttore generale ed il collegio dei revisori. Il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal consiglio dei sanitari nonché dal coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 in conformità alla normativa regionale e con oneri a carico degli enti locali di cui allo stesso comma.

5. Le regioni disciplinano, entro il 31 marzo 1994, nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro:

a) la riduzione, sentite le province interessate, delle unità sanitarie locali, prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello

della provincia. In relazione a condizioni territoriali particolari, in specie delle aree montane, ed alla densità e distribuzione della popolazione, la regione prevede ambiti territoriali di estensione diversa;

b) l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti;

c) i criteri per la definizione dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle preesistenti unità sanitarie locali e unità socio-sanitarie locali;

d) il finanziamento delle unità sanitarie locali che tenga conto della natura aziendale delle stesse nonché del bacino d'utenza da servire e delle prestazioni da erogare;

e) le modalità di vigilanza e controllo sulle unità sanitarie locali;

f) il divieto alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere di cui all'art. 4 di ricorrere a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:

1) l'anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo delle entrate previste nel bilancio di competenza, al netto delle partite di giro;

2) la contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti previste nel bilancio annuale di competenza, ad esclusione della quota di Fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione;

g) i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere nonché i criteri per l'attuazione della mobilità del personale risultato in esubero, ai sensi delle disposizioni di cui al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni.

6. Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Al direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'art. 20, decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui all'articolo 1 del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, senza necessità di valutazioni comparative. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio e, in sede di prima applicazione, dalla data di istituzione dell'unità sanitaria locale e comunque non oltre il 30 aprile 1994. Scaduto tale termine, qualora la regione non vi abbia provveduto, la nomina del direttore generale è effettuata previa diffida, dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di

durata quinquennale, rinnovabile, e non può comunque protrarsi oltre il settantesimo anno di età. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione. Nei casi in cui ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o di princìpi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarandone la decadenza e provvede alla sostituzione del direttore generale. In caso di inerzia da parte delle regioni, previo invito ai predetti organi ad adottare le misure adeguate, provvede in via sostitutiva il Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della sanità. Le regioni determinano in via generale i parametri di valutazione dell'attività dei direttori generali delle aziende, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi assegnati nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari.

7 Il direttore amministrativo ed il direttore sanitario sono nominati con provvedimento motivato del direttore generale. Al rapporto di lavoro si applica la disciplina di cui al comma 6. Essi cessano dall'incarico entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati. Per gravi motivi, il direttore amministrativo ed il direttore sanitario possono essere sospesi o dichiarati decaduti dal direttore generale con provvedimento motivato. Il direttore sanitario è un medico che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Le regioni disciplinano le funzioni del coordinatore dei servizi sociali in analogia alle disposizioni previste per i direttori sanitario e amministrativo. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.

8. Per i pubblici dipendenti la nomina a direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario determina il collocamento in aspettativa senza assegni; il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza e dell'anzianità di servizio. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei relativi contributi, comprensivi delle quote a carico del dipendente, nonché dei contributi assistenziali, calcolati sul trattamento stipendiale spettante al medesimo ed a richiedere il rimborso del correlativo onere alle unità sanitarie locali interessate, le quali procedono al recupero delle quote a carico dall'interessato. Qualora il direttore generale, il direttore sanitario ed il direttore amministrativo siano dipendenti privati sono collocati in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto.

9. Il direttore generale non è eleggibile a membro dei consigli comunali, dei consigli provinciali, dei consigli e assemblee delle regioni e del Parlamento, salvo che le funzioni esercitate non siano cessate almeno centottanta giorni prima della data di scadenza dei periodi di durata dei predetti organi. In caso di scioglimento anticipato dei medesimi, le cause di ineleggibilità non hanno effetto se le funzioni esercitate siano cessate entro i sette giorni successivi alla data del provvedimento di scioglimento. In ogni caso il direttore generale non è eleggibile nei collegi elettorali nei quali sia ricompreso, in tutto o in parte, il territorio dell'unità sanitaria locale presso la quale abbia esercitato le sue funzioni in un periodo compreso nei sei mesi antecedenti la data di accettazione della candidatura. Il direttore generale che sia stato candidato e non sia stato eletto non può esercitare per un periodo di cinque anni le sue funzioni in unità sanitarie locali comprese, in tutto o in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni. La carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore di comunità montana, di membro del Parlamento, nonché con l'esistenza di rapporti anche in regime convenzionale con la unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con la stessa. La predetta normativa si applica anche ai direttori amministrativi ed ai direttori sanitari. La carica di direttore generale è altresì incompatibile con la sussistenza di un rapporto di lavoro dipendente, ancorché in regime di aspettativa senza assegni, con l'unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni.

10. [Abrogato dall'articolo 1, comma 1, del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, n.d.r.].

11 Non possono essere nominati direttori generali, direttori amministrativi o direttori sanitari delle unità sanitarie locali:

a) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale;

b) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;

c) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall'art. 15 della L. 3 agosto 1988, n. 327, e dall'art. 14, L. 19 marzo 1990, n. 55;

d) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

12. Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati - con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero - nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.

13. Il collegio dei revisori dura in carica cinque anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dalla regione, uno designato dal Ministro del tesoro, scelto tra i funzionari della Ragioneria generale dello Stato ed uno designato dal sindaco o dalla conferenza dei sindaci o dai presidenti dei consigli circoscrizionali. Il predetto collegio è integrato da altri due membri, dei quali uno designato dalla regione ed uno designato dal Ministro del tesoro scelto tra i funzionari della Ragioneria generale dello Stato, per le unità sanitarie locali il cui bilancio di previsione comporti un volume di spesa di parte corrente superiore a duecento miliardi. I revisori, ad eccezione della rappresentanza del Ministero del tesoro, sono scelti tra i revisori contabili iscritti nel registro previsto dall'art. 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, la regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della regione e due designati dal Ministro del tesoro. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti. Il collegio dei revisori vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta

della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni ed assestamento. Il collegio accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa e può chiedere notizie al direttore generale sull'andamento dell'unità sanitaria locale. I revisori possono, in qualsiasi momento, procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e di controllo.

14. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa conferenza con modalità di esercizio delle funzioni dettate con normativa regionale.».

- Il decreto del Presidente del Consiglio 19 luglio 1995, n. 502, reca: "Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere"

- Il testo degli articoli 1 e 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale), è il seguente:

«Art. 1. *(Requisiti per l'accesso all'incarico di direzione sanitaria aziendale).* - 1 L'incarico di direzione sanitaria aziendale è riservato ai medici di qualifica dirigenziale che abbiano svolto per almeno cinque anni attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione e che abbiano conseguito l'attestato di formazione manageriale di cui all'articolo 7 previsto per l'area di sanità pubblica. Costituisce titolo preferenziale il possesso della specializzazione in una delle discipline dell'area di sanità pubblica.

2. Per gli effetti di cui al comma 1, la direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie deve aver comportato la diretta responsabilità delle risorse umane e strumentali affidate al dirigente.

3. L'attività quinquennale di direzione tecnico-sanitaria per il conferimento dell'incarico di direzione sanitaria aziendale deve essere stata svolta nei sette anni precedenti il conferimento dell'incarico.

4. L'accertamento del possesso dei requisiti di cui al comma 1 è effettuato dal direttore generale dell'azienda sanitaria prima del conferimento dell'incarico.

5. I corsi di formazione manageriale si svolgono con le modalità di cui all'articolo 7. I corsi sono riservati ai medici con una anzianità di servizio di almeno tre anni nella direzione tecnico-sanitaria in enti e strutture sanitarie, pubbliche o private di media o grande dimensione ovvero ai medici con una anzianità di servizio di almeno dieci anni.

6. Con decreto del Ministro della sanità, da pubblicarsi nella Gazzetta Ufficiale, sono costituiti ed aggiornati gli elenchi dei medici che hanno frequentato, con esito positivo, i corsi di formazione manageriale per la direzione sanitaria aziendale.».

«Art. 7. *(Corsi di formazione manageriale).* - 1. L'attestato di formazione manageriale si consegue con la frequenza ed il superamento dei corsi disciplinati dal presente regolamento. L'attestato ha una validità di sette anni dalla data di rilascio.

2. I corsi sono riservati al personale dirigente del ruolo sanitario delle unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli istituti ed enti di cui all'articolo 4, commi 12 e 13, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e degli istituti zooprofilattici sperimentali; il personale deve possedere una anzianità di servizio, alla data del bando, di almeno cinque anni.

3. I corsi sono finalizzati alla formazione manageriale, capacità gestionale, organizzativa e di direzione, del personale della dirigenza del ruolo sanitario e sono articolati in attività didattiche teoriche e pratiche e nella partecipazione attiva a seminari.

4. I contenuti, con particolare riferimento all'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, ai criteri di finanziamento ed ai bilanci, alla gestione delle risorse umane ed all'organizzazione del lavoro, agli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni, la metodologia delle attività didattiche teoriche, pratiche e seminariali di ogni corso nonché la durata, non inferiore a 100 ore, dei corsi stessi sono fissati con decreto ministeriale, sentito il Consiglio superiore di sanità. Un numero di ore, non inferiore a 10, di attività didattica di ciascun corso è dedicato alla sanità pubblica; la relativa attività didattica è svolta a cura dell'Istituto superiore di sanità.

5. I corsi sono indetti con periodicità almeno biennale, dal Ministero della sanità, previa programmazione nazionale sulla base delle indicazioni delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

6. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano previo accordo con il Ministero della sanità ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, organizzano e attivano i corsi. Con lo stesso accordo l'Istituto superiore di sanità organizza ed attiva i corsi dell'area di sanità pubblica.

7. I corsi sono attivati a livello nazionale, interregionale o regionale, in una o più sessioni e sedi, a seconda del numero dei candidati al corso e delle capacità ricettive delle strutture sanitarie ove si svolge l'attività didattica.

8. Il bando indica l'articolazione del corso, la durata, i contenuti, la metodologia delle attività didattiche, le sessioni, nonché le modalità di ammissione e assegnazione, il periodo di svolgimento, i posti e le sedi del corso. Nelle domande i candidati devono specificare, a pena di decadenza, la sessione e

la sede preferita. Per motivate esigenze organizzative o in caso di domande superiori alla capacità delle strutture didattiche il candidato può essere assegnato ad una sessione o sede diversa da quella prescelta, o alla sessione successiva. L'assegnazione è disposta in base al criterio della precedenza in relazione all'età.

9. In ogni sessione di corsi si può presentare domanda di ammissione per un solo corso.

10. La mancata frequenza, per qualsiasi motivo, delle attività didattiche teoriche, pratiche o seminariali per un numero di ore superiore ad un quinto di quelle globalmente previste per il corso comporta l'esclusione dalla partecipazione al corso. Il periodo di formazione può essere sospeso per servizio militare, gravidanza e puerperio e malattia, fermo restando che l'intera sua durata non può essere ridotta e che il periodo di assenza deve essere recuperato nell'ambito di altro corso anche di altra sessione.

11 Al termine del periodo di formazione i partecipanti al corso devono sostenere un colloquio davanti ad una commissione composta dai docenti del corso. Ai candidati che sostengono, con esito positivo, il colloquio è rilasciato, in un unico esemplare, un attestato di formazione manageriale. In caso di più sessioni dello stesso corso, l'attestato viene rilasciato contestualmente a tutti i candidati al termine dell'ultima sessione.

12. Per la realizzazione dei corsi il Ministero della sanità, le regioni e l'Istituto superiore di sanità si avvalgono delle unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, dei policlinici universitari, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli istituti ed enti di cui all'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, degli istituti zooprofilattici sperimentali, nonché di altri soggetti pubblici e privati accreditati e di associazioni e società scientifiche accreditate, ai fini della formazione, dal Ministero della sanità, sentita la commissione di cui all'articolo 9, comma 6, in relazione alla documentata rappresentanza e alla diffusione della struttura organizzativa in tutto il territorio nazionale.».

- L'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181 (Attuazione della delega conferita dall'articolo 2, comma 22, della legge 8 agosto 1995, n. 335, in materia di regime pensionistico per gli iscritti all'Istituto nazionale di previdenza per i dirigenti di aziende industriali), è il seguente:

«Art. 3. *(Modalità di calcolo e requisiti d'accesso delle prestazioni pensionistiche). (Omissis).*

7 A decorrere dal 1° gennaio 1997, per i lavoratori di cui all'articolo 2, commi 1 e 2, che non esercitino il diritto di opzione di cui all'articolo 1, comma 23, della legge 8 agosto 1995, n. 335, il massimale annuo della base contributiva e pensionabile è stabilito nella misura di lire 250 milioni ed è rivalutato annualmente sulla base dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati, così come calcolato dall'ISTAT.».

- Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502, reca: "Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere"

- Il decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, reca: "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"

- L'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica), è il seguente:

«Art. 39. *(Disposizioni in materia di assunzioni di personale delle amministrazioni pubbliche e misure di potenziamento e di incentivazione del part-time).* - 1. Al fine di assicurare le esigenze di funzionalità e di ottimizzare le risorse per il migliore funzionamento dei servizi compatibilmente con le disponibilità finanziarie e di bilancio, gli organi di vertice delle amministrazioni pubbliche sono tenuti alla programmazione triennale del fabbisogno di personale, comprensivo delle unità di cui alla legge 2 aprile 1968, n. 482.

2. Per le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, fatto salvo quanto previsto per il personale della scuola dall'articolo 40, il numero complessivo dei dipendenti in servizio è valutato su basi statistiche omogenee, secondo criteri e parametri stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica. Per l'anno 1998, il predetto decreto è emanato entro il 31 gennaio dello stesso anno, con l'obiettivo della riduzione complessiva del personale in servizio alla data del 31 dicembre 1998, in misura non inferiore all'1 per cento rispetto al numero delle unità in servizio al 31 dicembre 1997 Alla data del 31 dicembre 1999 viene assicurata una riduzione complessiva del personale in servizio in misura non inferiore all'1,5 per cento rispetto al numero delle unità in servizio alla data del 31 dicembre 1997 Per l'anno 2000 è assicurata una ulteriore riduzione non inferiore all'1 per cento rispetto al personale in servizio al 31 dicembre 1997

3. Il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la funzione pubblica e del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, delibera trimestralmente il numero delle assunzioni delle singole amministrazioni di cui al comma 2 sulla base di criteri di priorità che assicurino in ogni caso le esigenze della giustizia e il pieno adempimento dei compiti di sicurezza pubblica affidati alle Forze di polizia e ai Vigili del fuoco, nell'osservanza di quanto disposto dai commi 1 e 2. In sede di prima applicazione, tra i criteri si tiene conto delle procedure concorsuali avviate alla data del 27 settembre 1997, nonché di quanto previsto dai commi 23 e 24 del presente articolo e dal comma 4 dell'articolo 42 Le assunzioni sono subordinate alla indisponibilità di personale da trasferire secondo procedure di mobilità attuate anche in deroga alle disposizioni vigenti, fermi restando i criteri generali indicati dall'articolo 35 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle assunzioni previste da norme speciali o derogatorie. Fino al 31 dicembre 2001, in relazione all'attuazione

dell'articolo 89 del testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo Statuto speciale per il Trentino-Alto Adige, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670, il Consiglio dei ministri nel formulare il programma di assunzioni di cui al presente comma considera nei criteri di priorità le assunzioni di personale per i ruoli locali delle amministrazioni pubbliche nella provincia di Bolzano, nei limiti delle dotazioni organiche di ciascun profilo professionale.

3-*bis*. A decorrere dall'anno 1999 la disciplina autorizzatoria di cui al comma 3 si applica alla generalità delle amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, e riguarda tutte le procedure di reclutamento e le nuove assunzioni di personale, ivi comprese quelle relative al personale già in servizio con diversa qualifica o livello presso la medesima o altra amministrazione pubblica. Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da emanare a decorrere dallo stesso anno, entro il 31 gennaio, prevede criteri, modalità e termini anche differenziati delle assunzioni da disporre rispetto a quelli indicati nel comma 3, allo scopo di tener conto delle peculiarità e delle specifiche esigenze delle amministrazioni per il pieno adempimento dei compiti istituzionali.

4. Nell'ambito della programmazione di cui ai commi da 1 a 3, si procede comunque all'assunzione di 3.800 unità di personale, secondo le modalità di cui ai commi da 5 a 15.

5. Per il potenziamento delle attività di controllo dell'amministrazione finanziaria si provvede con i criteri e le modalità di cui al comma 8 all'assunzione di 2.400 unità di personale.

6. Al fine di potenziare la vigilanza in materia di lavoro e previdenza, si provvede altresì all'assunzione di 300 unità di personale destinate al servizio ispettivo delle Direzioni provinciali e regionali del Ministero del lavoro e della previdenza sociale e di 300 unità di personale destinate all'attività dell'Istituto nazionale della previdenza sociale; il predetto Istituto provvede a destinare un numero non inferiore di unità al Servizio ispettivo.

7. Con regolamento da emanare su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri e del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica e con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono indicati i criteri e le modalità, nonché i processi formativi, per disciplinare il passaggio, in ambito regionale, del personale delle amministrazioni dello Stato, anche in deroga alla normativa vigente in materia di mobilità volontaria o concordata, al servizio ispettivo delle Direzioni regionali e provinciali del Ministero del lavoro e della previdenza sociale.

8. Le assunzioni sono effettuate con i seguenti criteri e modalità:

a) i concorsi sono espletati su base circoscrizionale corrispondente ai territori regionali ovvero provinciali, per la provincia autonoma di Trento, o compartimentale, in relazione all'articolazione periferica dei dipartimenti del Ministero delle finanze;

b) il numero dei posti da mettere a concorso nella settima qualifica funzionale in ciascuna circoscrizione territoriale è determinato sulla base della somma delle effettive vacanze di organico riscontrabili negli uffici aventi sede nella circoscrizione territoriale medesima, fatta eccezione per quelli ricompresi nel territorio della provincia autonoma di Bolzano, con riferimento ai profili professionali di settima, ottava e nona qualifica funzionale, ferma restando, per le ultime due qualifiche, la disponibilità dei posti vacanti. Per il profilo professionale di ingegnere direttore la determinazione dei posti da mettere a concorso viene effettuata con le stesse modalità, avendo a riferimento il profilo professionale medesimo e quello di ingegnere direttore coordinatore appartenente alla nona qualifica funzionale;

c) i concorsi consistono in una prova attitudinale basata su una serie di quesiti a risposta multipla mirati all'accertamento del grado di cultura generale e specifica, nonché delle attitudini ad acquisire le professionalità specialistiche nei settori giuridico, tecnico, informatico, contabile, economico e finanziario, per svolgere le funzioni del corrispondente profilo professionale. I candidati che hanno superato positivamente la prova attitudinale sono ammessi a sostenere un colloquio interdisciplinare;

d) la prova attitudinale deve svolgersi esclusivamente nell'ambito di ciascuna delle circoscrizioni territoriali;

e) ciascun candidato può partecipare ad una sola procedura concorsuale.

9. Per le graduatorie dei concorsi si applicano le disposizioni dell'articolo 11, commi settimo e ottavo, della legge 4 agosto 1975, n. 397, in materia di graduatoria unica nazionale, quelle dell'articolo 10, ultimo comma, della stessa legge, con esclusione di qualsiasi effetto economico, nonché quelle di cui al comma 2 dell'articolo 43 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni.

10. Per assicurare forme più efficaci di contrasto e prevenzione del fenomeno dell'evasione fiscale, il Dipartimento delle entrate del Ministero delle finanze individua all'interno del contingente di cui all'articolo 55, comma 2, lettera b), del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, n. 287, due aree funzionali composte da personale di alta professionalità destinato ad operare in sede regionale, nel settore dell'accertamento e del contenzioso. Nelle aree predette sono inseriti, previa specifica formazione da svolgersi in ambito periferico, il personale destinato al Dipartimento delle entrate ai sensi del comma 5, nonché altri funzionari già addetti agli specifici settori, scelti sulla base della loro esperienza professionale e formativa, secondo criteri e modalità di carattere oggettivo.

11 Dopo l'immissione in servizio del personale di cui al comma 5, si procede alla riduzione proporzionale delle dotazioni organiche delle qualifiche funzionali inferiori alla settima nella misura complessiva corrispondente al personale effettivamente assunto nel corso del 1998 ai sensi del comma 4, provvedendo separatamente per i singoli ruoli.

12. [Sostituisce il comma 47 dell'art. 1, L. 23 dicembre 1996, n. 662].

13. Le graduatorie dei concorsi per esami, indetti ai sensi dell'articolo 28, comma 2, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive

modificazioni, conservano validità per un periodo di diciotto mesi dalla data della loro approvazione.

14. Per far fronte alle esigenze connesse con la salvaguardia dei beni culturali presenti nelle aree soggette a rischio sismico il Ministero per i beni culturali e ambientali, nell'osservanza di quanto disposto dai commi 1 e 2, è autorizzato, nei limiti delle dotazioni organiche complessive, ad assumere 600 unità di personale anche in eccedenza ai contingenti previsti per i singoli profili professionali, ferme restando le dotazioni di ciascuna qualifica funzionale. Le assunzioni sono effettuate tramite concorsi da espletare anche su base regionale mediante una prova attitudinale basata su una serie di quesiti a risposta multipla mirati all'accertamento del grado di cultura generale e specifica, nonché delle attitudini ad acquisire le professionalità specialistiche nei settori tecnico, scientifico, giuridico, contabile, informatico, per svolgere le funzioni del corrispondente profilo professionale. I candidati che hanno superato con esito positivo la prova attitudinale sono ammessi a sostenere un colloquio interdisciplinare. Costituisce titolo di preferenza la partecipazione per almeno un anno, in corrispondente professionalità, ai piani o progetti di cui all'articolo 6 del decreto-legge 21 marzo 1988, n. 86, convertito, con modificazioni, dalla legge 20 maggio 1988, n. 160, e successive modificazioni.

15. Le amministrazioni dello Stato possono assumere, nel limite di 200 unità complessive, con le procedure previste dal comma 3, personale dotato di alta professionalità, anche al di fuori della dotazione organica risultante dalla rilevazione dei carichi di lavoro prevista dall'articolo 3, comma 5, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, in ragione delle necessità sopraggiunte alla predetta rilevazione, a seguito di provvedimenti legislativi di attribuzione di nuove e specifiche competenze alle stesse amministrazioni dello Stato. Si applicano per le assunzioni di cui al presente comma le disposizioni previste dai commi 8 e 11

16. Le assunzioni di cui ai commi precedenti sono subordinate all'indisponibilità di idonei in concorsi già espletati le cui graduatorie siano state approvate a decorrere dal 1° gennaio 1994 secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 4, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, che richiama le disposizioni di cui all'articolo 22, comma 8, della legge 23 dicembre 1994, n. 724.

17 Il termine del 31 dicembre 1997, previsto dall'articolo 12, comma 3, del decreto-legge 31 dicembre 1996, n. 669, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1997. n. 30, in materia di attribuzione temporanea di mansioni superiori, è ulteriormente differito alla data di entrata in vigore dei provvedimenti di revisione degli ordinamenti professionali e, comunque, non oltre il 31 dicembre 1998.

18. Fermo quanto disposto dall'articolo 1, comma 57, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, una percentuale non inferiore al 25 per cento delle assunzioni comunque effettuate deve avvenire con contratto di lavoro a tempo parziale, con prestazione lavorativa non superiore al 50 per cento di quella a tempo pieno o con contratto di formazione e lavoro, ai sensi dell'articolo 36, comma 7, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e integrazioni. Tale percentuale è calcolata complessivamente sul

totale delle assunzioni ed è verificata al termine dell'anno 1999 con riferimento al totale delle assunzioni negli anni 1998 e 1999.

19. Le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano, gli enti locali, le camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, le università e gli enti di ricerca adeguano i propri ordinamenti ai princìpi di cui al comma 1 finalizzandoli alla riduzione programmata delle spese di personale.

20. Gli enti pubblici non economici adottano le determinazioni necessarie per l'attuazione dei princìpi di cui ai commi 1 e 18, adeguando, ove occorra, i propri ordinamenti con l'obiettivo di una riduzione delle spese per il personale. Agli enti pubblici non economici con organico superiore a 200 unità si applica anche il disposto di cui ai commi 2 e 3.

21 Per le attività connesse all'attuazione del presente articolo, la Presidenza del Consiglio dei ministri ed il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica possono avvalersi di personale comandato da altre amministrazioni dello Stato, in deroga al contingente determinato ai sensi della legge 23 agosto 1988, n. 400, per un numero massimo di 25 unità.

22. Al fine dell'attuazione della legge 15 marzo 1997, n. 59, la Presidenza del Consiglio dei ministri è autorizzata, in deroga ad ogni altra disposizione, ad avvalersi, per non più di un triennio, di un contingente integrativo di personale in posizione di comando o di fuori ruolo, fino ad un massimo di cinquanta unità, appartenente alle amministrazioni di cui agli articoli 1, comma 2, e 2, commi 4 e 5, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, nonché ad enti pubblici economici. Si applicano le disposizioni previste dall'articolo 17, comma 14, della legge 15 maggio 1997, n. 127 Il personale di cui al presente comma mantiene il trattamento economico fondamentale e accessorio delle amministrazioni o degli enti di appartenenza e i relativi oneri rimangono a carico di tali amministrazioni o enti. Il servizio prestato presso la Presidenza del Consiglio dei ministri è valutabile ai fini della progressione della carriera e dei concorsi.

23. All'articolo 9, comma 19, del decreto-legge 1° ottobre 1996, n. 510, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 novembre 1996, n. 608, le parole: «31 dicembre 1997» sono sostituite dalle seguenti: «31 dicembre 1998». Al comma 18 dell'articolo 1 della legge 28 dicembre 1995, n. 549, come modificato dall'articolo 6, comma 18, lettera c), della legge 15 maggio 1997, n. 127, le parole «31 dicembre 1997» sono sostituite dalle seguenti: «31 dicembre 1998». L'eventuale trasformazione dei contratti previsti dalla citata legge n. 549 del 1995 avviene nell'ambito della programmazione di cui ai commi 1, 2 e 3 del presente articolo.

24. In deroga a quanto previsto dall'articolo 1, comma 115, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, l'entità complessiva di giovani iscritti alle liste di leva di cui all'articolo 37 del decreto del Presidente della Repubblica 14 febbraio 1964, n. 237 da ammettere annualmente al servizio ausiliario di leva nelle Forze di polizia, è incrementato di 3.000 unità, da assegnare alla Polizia di Stato, all'Arma dei carabinieri ed al Corpo della guardia di finanza, in proporzione alle rispettive dotazioni organiche. A decorrere dall'anno 1999 è disposto un ulteriore incremento di 2.000 unità da assegnare all'Arma dei carabinieri, nell'ambito delle

procedure di programmazione ed autorizzazione delle assunzioni di cui al presente articolo.

25. Al fine di incentivare la trasformazione del rapporto di lavoro dei dipendenti pubblici da tempo pieno a tempo parziale e garantendo in ogni caso che ciò non si ripercuota negativamente sulla funzionalità degli enti pubblici con un basso numero di dipendenti, come i piccoli comuni e le comunità montane, la contrattazione collettiva può prevedere che i trattamenti accessori collegati al raggiungimento di obiettivi o alla realizzazione di progetti, nonché ad altri istituti contrattuali non collegati alla durata della prestazione lavorativa siano applicati in favore del personale a tempo parziale anche in misura non frazionata o non direttamente proporzionale al regime orario adottato. I decreti di cui all'articolo 1, comma 58-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, introdotto dall'articolo 6 del decreto-legge 28 marzo 1997, n. 79, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 maggio 1997, n. 140, devono essere emanati entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. In mancanza, la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale può essere negata esclusivamente nel caso in cui l'attività che il dipendente intende svolgere sia in palese contrasto con quella svolta presso l'amministrazione di appartenenza o in concorrenza con essa, con motivato provvedimento emanato d'intesa fra l'amministrazione di appartenenza e la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della funzione pubblica.

26. Le domande di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, respinte prima della data di entrata in vigore della presente legge, sono riesaminate d'ufficio secondo i criteri e le modalità indicati al comma 25, tenendo conto dell'attualità dell'interesse del dipendente.

27 Le disposizioni dell'articolo 1, commi 58 e 59, della L. 23 dicembre 1996, n. 662, in materia di rapporto di lavoro a tempo parziale, si applicano al personale dipendente delle regioni e degli enti locali finché non diversamente disposto da ciascun ente con proprio atto normativo.

28. Nell'esercizio dei compiti attribuiti dall'articolo 1, comma 62, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il Corpo della guardia di finanza agisce avvalendosi dei poteri di polizia tributaria previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, e dal decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600. Nel corso delle verifiche previste dall'articolo 1, comma 62, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, non è opponibile il segreto d'ufficio.».

- L'articolo 2, comma 1, lettera *n)*, della citata legge n. 419/98, è il seguente:

«Art. 2. *(Princìpi e criteri direttivi di delega)*. - 1. Nell'emanazione dei decreti legislativi di cui all'articolo 1, il Governo si atterrà ai seguenti princìpi e criteri direttivi:

(Omissis)

n) prevedere tempi, modalità e aree di attività per pervenire ad una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali, disciplinando altresì la partecipazione dei comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali; stabilire princìpi e criteri per l'adozione, su proposta dei Ministri della sanità e per la solidarietà sociale, di un atto di indirizzo e

coordinamento, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, in sostituzione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 1985, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 191 del 14 agosto 1985, che assicuri livelli uniformi delle prestazioni socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria, anche in attuazione del Piano sanitario nazionale.».

- L'articolo 3, comma 2, del citato decreto legislativo n. 112/98, è il seguente:

«Art. 3. *(Conferimenti alle regioni e agli enti locali e strumenti di raccordo). (Omissis).*

2. La generalità dei compiti e delle funzioni amministrative è attribuita ai comuni, alle province e alle comunità montane, in base ai princìpi di cui all'articolo 4, comma 3, della legge 15 marzo 1997, n. 59, secondo le loro dimensioni territoriali, associative ed organizzative, con esclusione delle sole funzioni che richiedono l'unitario esercizio a livello regionale. Le regioni, nell'emanazione della legge di cui al comma 1 del presente articolo, attuano il trasferimento delle funzioni nei confronti della generalità dei comuni. Al fine di favorire l'esercizio associato delle funzioni dei comuni di minore dimensione demografica, le regioni individuano livelli ottimali di esercizio delle stesse, concordandoli nelle sedi concertative di cui al comma 5 del presente articolo. Nell'ambito della previsione regionale, i comuni esercitano le funzioni in forma associata, individuando autonomamente i soggetti, le forme e le metodologie, entro il termine temporale indicato dalla legislazione regionale. Decorso inutilmente il termine di cui sopra, la regione esercita il potere sostitutivo nelle forme stabilite dalla legge stessa. La legge regionale prevede altresì appositi strumenti di incentivazione per favorire l'esercizio associato delle funzioni.».

- Per il testo dell'articolo 8 del citato decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, si veda in nota all'articolo 1

- L'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri), è il seguente:

«Art. 17 *(Regolamenti). (Omissis).*

3. Con decreto ministeriale possono essere adottati regolamenti nelle materie di competenza del ministro o di autorità sottordinate al ministro, quando la legge espressamente conferisca tale potere. Tali regolamenti, per materie di competenza di più ministri, possono essere adottati con decreti interministeriali, ferma restando la necessità di apposita autorizzazione da parte della legge. I regolamenti ministeriali ed interministeriali non possono dettare norme contrarie a quelle dei regolamenti emanati dal Governo. Essi debbono essere comunicati al Presidente del Consiglio dei ministri prima della loro emanazione.».

- L'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127 (Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo), è il seguente:

«Art. 17. *(Ulteriori disposizioni in materia di semplificazione dell'attività amministrativa e di snellimento dei procedimenti di decisione e di controllo).* *(Omissis).*

95. L'ordinamento degli studi dei corsi di diploma universitario, di laurea e di specializzazione di cui agli articoli 2, 3 e 4 della legge 19 novembre 1990, n. 341, è disciplinato dagli atenei, con le modalità di cui all'articolo 11, commi 1 e 2, della predetta legge, in conformità a criteri generali definiti, nel rispetto della normativa comunitaria vigente in materia, sentiti il Consiglio universitario nazionale e le Commissioni parlamentari competenti, con uno o più decreti del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con altri Ministri interessati, limitatamente ai criteri relativi agli ordinamenti per i quali il medesimo concerto è previsto alla data di entrata in vigore della presente legge, ovvero da disposizioni dei commi da 96 a 119 del presente articolo. I decreti di cui al presente comma determinano altresì:

a) la durata, il numero minimo di annualità e i contenuti minimi qualificanti per ciascun corso di cui al presente comma, con riferimento ai settori scientifico-disciplinari;

b) modalità e strumenti per l'orientamento e per favorire la mobilità degli studenti, nonché la più ampia informazione sugli ordinamenti degli studi, anche attraverso l'utilizzo di strumenti informatici e telematici;

c) modalità di attivazione da parte di università italiane, in collaborazione con atenei stranieri, dei corsi universitari di cui al presente comma, nonché di dottorati di ricerca, anche in deroga alle disposizioni di cui al Capo II del Titolo III del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.».

Note all'art. 4:

- L'articolo 4 del citato decreto legislativo n. 502/92, nel testo precedente le modificazioni apportate dal presente articolo, era il seguente:

«Art. 4. *(Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri).*

1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, trasmettono al Ministro della sanità le proprie indicazioni ai fini della conseguente individuazione degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione da costituire in azienda ospedaliera avuto riguardo a quanto previsto al comma 2. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto il Ministro della sanità, attenendosi alle indicazioni pervenute dalle regioni previa verifica dei requisiti e, in mancanza, sulla base di proprie valutazioni, formula le proprie proposte al Consiglio dei Ministri, il quale individua gli ospedali da costituire in azienda ospedaliera. Entro sessanta giorni dalla data della deliberazione del Consiglio dei Ministri, le regioni costituiscono in azienda con personalità giuridica pubblica e con autonomia organizzativa,

amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica i predetti ospedali. Con le stesse procedure si provvede alla costituzione in aziende di ulteriori ospedali in possesso dei requisiti richiesti, dopo la prima attuazione del presente decreto. Gli ospedali costituiti in azienda ospedaliera hanno gli stessi organi previsti per l'unità sanitaria locale, nonché il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il consiglio dei sanitari con le stesse attribuzioni indicate nell'art. 3. Nel consiglio dei sanitari è garantita la presenza dei responsabili di dipartimento. La gestione delle aziende ospedaliere è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

2. Possono essere individuati come ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione quelli che dispongono di tutte le seguenti caratteristiche:

a) presenza di almeno tre strutture di alta specialità secondo le specificazioni fornite nel decreto del Ministro della sanità del 29 gennaio 1992, emanato ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595. Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, provvede, sulla base dell'evoluzione scientifica e tecnologica, ad aggiornare periodicamente l'elenco delle attività di alta specialità e dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività medesime;

b) organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità.

3. Sono ospedali a rilievo nazionale e di alta specializzazione i policlinici universitari, che devono essere inseriti nel sistema di emergenza sanitaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992.

4. Le regioni possono altresì costituire in azienda i presìdi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico delle facoltà di medicina e chirurgia, i presìdi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università nonché gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza, dotati del dipartimento di emergenza come individuato ai sensi dell'art. 9 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31 marzo 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, e che siano, di norma, dotati anche di elisoccorso.

5. I policlinici universitari sono aziende dell'università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile. Lo statuto dell'università determina, su proposta della facoltà di medicina, le modalità organizzative e quelle gestionali, nel rispetto dei fini istituzionali, in analogia ai princìpi del presente decreto fissati per l'azienda ospedaliera. La gestione dei policlinici universitari è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

6. I presìdi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina, costituiti in aziende ospedaliere, si dotano del modello gestionale secondo quanto previsto dal presente decreto per le aziende ospedaliere; il direttore generale è nominato d'intesa con il rettore dell'università. La gestione dell'azienda deve essere informata anche all'esigenza di garantire le funzioni istituzionali delle strutture universitarie che vi operano.

L'università e l'azienda stabiliscono i casi per i quali è necessaria l'acquisizione del parere della facoltà di medicina per le decisioni che si riflettono sulle strutture universitarie. Nella composizione del consiglio dei sanitari deve essere assicurata la presenza delle componenti universitarie in rapporto alla consistenza numerica delle stesse.7. Le regioni disciplinano entro il 31 gennaio 1995 le modalità di finanziamento delle aziende ospedaliere sulla base dei seguenti princìpi:

a) prevedere l'attribuzione da parte delle regioni per l'anno 1995 di una quota del fondo sanitario destinata alla copertura parziale delle spese necessarie per la gestione determinata nella misura dell'80 per cento dei costi complessivi dell'anno precedente, decurtati dell'eventuale disavanzo di gestione, compresi gli oneri passivi in ragione di quest'ultimo sostenuti;

b) le prestazioni, sia di degenza che ambulatoriali, da rendere a fronte del finanziamento erogato secondo le modalità di cui alla lettera a) devono formare oggetto di apposito piano annuale preventivo che, tenuto conto della tariffazione, ne stabilisca quantità presunte e tipologia in relazione alle necessità che più convenientemente possono essere soddisfatte nella sede pubblica. Tale preventivo forma oggetto di contrattazione fra regione e unità sanitarie locali, da una parte, e azienda ospedaliera e presìdi ospedalieri con autonomia economico-finanziaria, dall'altra. La verifica a consuntivo, da parte, rispettivamente, delle regioni e delle unità sanitarie locali dell'osservanza dello stesso preventivo, tenuto conto di eventuali motivati scostamenti, forma criterio di valutazione per la misura del finanziamento delle singole aziende ospedaliere o dei presìdi stessi da erogare nell'anno successivo;

c) prevedere le quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute da parte dei cittadini, gli introiti connessi all'esercizio dell'attività libero-professionale dei diversi operatori ed i corrispettivi relativi a servizi integrativi a pagamento;

d) prevedere i lasciti, le donazioni e le rendite derivanti dall'utilizzo del patrimonio dell'azienda, ed eventuali altre risorse acquisite per contratti e convenzioni.

7-*bis*. La remunerazione a tariffa delle prestazioni effettuate rappresenta la base di calcolo ai fini del conguaglio in positivo o in negativo dell'acconto nella misura dell'80 per cento di cui al comma 7. Sulla base delle suddette tariffe sono altresì effettuate le compensazioni della mobilità sanitaria interregionale.

7-*ter*. Il sistema di finanziamento di cui al comma 7, valido per l'anno 1995, dovrà essere progressivamente superato nell'arco di un triennio, al termine del quale si dovrà accedere esclusivamente al sistema della remunerazione a prestazione degli erogatori pubblici e privati.

8. Le aziende ospedaliere, incluse quelle di cui al comma 5, devono chiudere il proprio bilancio in pareggio. L'eventuale avanzo di amministrazione è utilizzato per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione. Il verificarsi di ingiustificati disavanzi di gestione o la perdita delle caratteristiche strutturali e di attività prescritte, fatta salva l'autonomia dell'università, comportano rispettivamente il commissariamento da parte della regione e la revoca dell'autonomia aziendale.

9. Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presìdi dell'unità sanitaria locale. Nelle unità sanitarie locali nelle quali sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpati ai fini funzionali. Nei presìdi ospedalieri dell'unità sanitaria locale è previsto un dirigente medico in possesso dell'idoneità di cui all'art. 17, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo. Il dirigente medico ed il dirigente amministrativo concorrono, secondo le rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dal direttore generale. A tutti i presìdi di cui al presente comma è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale, con l'introduzione delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili.

10. Fermo restando quanto previsto dall'art. 3, comma 5, lettera g) in materia di personale in esubero, le regioni provvedono alla riorganizzazione di tutti i presìdi ospedalieri sulla base delle disposizioni di cui all'art. 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, correlando gli standard ivi previsti con gli indici di degenza media, l'intervallo di turn-over e la rotazione degli assistiti, ed organizzando gli stessi presìdi in dipartimenti. All'interno dei presìdi ospedalieri e delle aziende di cui al presente articolo sono riservati spazi adeguati, da reperire entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, per l'esercizio della libera professione intramuraria ed una quota non inferiore al 5% e non superiore al 10% dei posti-letto per la istituzione di camere a pagamento. I direttori generali delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e, fino al loro insediamento, gli amministratori straordinari pro-tempore, nonché le autorità responsabili delle aziende di cui al comma 5, sono direttamente responsabili dell'attuazione di dette disposizioni. In caso di inosservanza la regione adotta i conseguenti provvedimenti sostitutivi. In caso di documentata impossibilità di assicurare gli spazi necessari alla libera professione all'interno delle proprie strutture, gli spazi stessi sono reperiti, previa autorizzazione della regione, anche mediante appositi contratti tra le unità sanitarie locali e case di cura o altre strutture sanitarie, pubbliche o private. Per l'attività libero-professionale presso le suddette strutture sanitarie i medici sono tenuti ad utilizzare i modulari delle strutture sanitarie pubbliche da cui dipendono. I contratti sono limitati al tempo strettamente necessario per l'approntamento degli spazi per la libera professione all'interno delle strutture pubbliche e comunque non possono avere durata superiore ad un anno e non possono essere rinnovati. Il ricovero in camere a pagamento comporta l'esborso da parte del ricoverato di una retta giornaliera stabilita in relazione al livello di qualità alberghiera delle stesse, nonché, se trattasi di ricovero richiesto in regime libero-professionale, di una somma forfettaria comprensiva di tutti gli interventi medici e chirurgici, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio strettamente connesse ai singoli interventi, differenziata in relazione al tipo di interventi stessi. In ciascuna regione, a decorrere dalla data di entrata in vigore della disciplina di riorganizzazione ospedaliera di cui al presente articolo, e comunque entro un triennio dall'entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, cessano di avere efficacia le disposizioni di cui alla legge 12 febbraio 1968, n.

132, e al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, nonché le disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129.

11. I posti letto da riservare, ai sensi del comma 10 per la istituzione di camere a pagamento nonché quelli ascritti agli spazi riservati all'esercizio della libera professione intramuraria, non concorrono ai fini dello standard dei posti letto per mille abitanti previsto dall'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

11-*bis*. Al fine di consentire in condizione di compatibilità e di coerenza con le esigenze e le finalità assistenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, l'esercizio delle attività libero professionali in regime ambulatoriale all'interno delle strutture e dei servizi, le disposizioni di cui all'art. 35, comma 2, lettera d), del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, si applicano anche al restante personale della dirigenza del ruolo sanitario di cui all'art. 15 del presente decreto. Per le prestazioni di consulenza e per la ripartizione dei proventi derivanti dalle predette attività si applicano le vigenti disposizioni contrattuali.

12. Nulla è innovato alla vigente disciplina per quanto concerne l'ospedale Galliera di Genova, l'Ordine Mauriziano e gli istituti ed enti che esercitano l'assistenza ospedaliera di cui agli articoli 40, 41 e 43, secondo comma, della L. 23 dicembre 1978, n. 833, fermo restando che l'apporto dell'attività dei suddetti presidi ospedalieri al Servizio sanitario nazionale è regolamentato con le modalità previste dal presente articolo. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i requisiti tecnico-organizzativi ed i regolamenti sulla dotazione organica e sull'organizzazione dei predetti presìdi sono adeguati, per la parte compatibile, ai princìpi del presente decreto e a quelli di cui all'art. 4, comma 7, della L. 30 dicembre 1991, n. 412, e sono approvati con decreto del Ministro della sanità.

13. I rapporti tra l'ospedale Bambino Gesù, appartenente alla Santa Sede, le strutture del Sovrano Militare Ordine di Malta ed il Servizio sanitario nazionale, relativamente all'attività assistenziale, sono disciplinati da appositi accordi da stipularsi rispettivamente tra la Santa Sede, il Sovrano Militare Ordine di Malta ed il Governo italiano.».

- L'articolo 11, comma 1, lettera *b)* della legge 15 marzo 1997, n. 59 (Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della pubblica amministrazione e per la semplificazione amministrativa), è il seguente:

«Art. 11 - 1. Il Governo è delegato ad emanare, entro il 31 gennaio 1999, uno o più decreti legislativi diretti a:

(Omissis)

b) riordinare gli enti pubblici nazionali operanti in settori diversi dalla assistenza e previdenza, le istituzioni di diritto privato e le società per azioni, controllate direttamente o indirettamente dallo Stato, che operano, anche all'estero, nella promozione e nel sostegno pubblico al sistema produttivo nazionale.».

- L'articolo 6 della citata legge n. 419/98, è il seguente:

«Art. 6. *(Ridefinizione dei rapporti tra università e Servizio sanitario nazionale).* - 1 Il Governo è delegato ad emanare, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi volti a ridefinire i rapporti tra Servizio sanitario nazionale e università, attenendosi ai seguenti princìpi e criteri direttivi:

a) rafforzare i processi di collaborazione tra università e Servizio sanitario nazionale, anche mediante l'introduzione di nuovi modelli gestionali e funzionali integrati fra regione e università, che prevedano l'istituzione di aziende dotate di autonoma personalità giuridica;

b) assicurare, nel quadro della programmazione sanitaria nazionale e regionale, lo svolgimento delle attività assistenziali funzionali alle esigenze della didattica e della ricerca;

c) assicurare la coerenza fra l'attività assistenziale e le esigenze della formazione e della ricerca, anche mediante l'organizzazione dipartimentale e le idonee disposizioni in materia di personale.

2. Si applica alla delega di cui al comma 1 il disposto dell'articolo 1, commi 3 e 4, della presente legge.».

- Il decreto del Ministro della sanità 29 gennaio 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 26, del 1° febbraio 1992 reca: "Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità"

- Il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, reca: "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza."

- Il decreto ministeriale 31 gennaio 1995, reca: "Criteri di classificazione degli ospedali specializzati"

- L'articolo 1, comma 34-*bis*, della citata legge 23 dicembre 1996, n. 662, è il seguente:

«Art. 1 *(Misure in materia di sanità, pubblico impiego, istruzione, finanza regionale e locale, previdenza e assistenza). (Omissis).*

34-*bis*. Per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di criteri e parametri fissati dal Piano stesso. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della sanità, individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34. Si applica l'ultimo comma dell'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni».

Note all'art. 5:

- L'articolo 5 del citato decreto legislativo n. 502/92, nel testo precedente le modificazioni apportate dal presente articolo, era il seguente:

«Art. 5. *(Patrimonio e contabilità).*

1 Nel rispetto della normativa regionale vigente, tutti i beni mobili, immobili, ivi compresi quelli da reddito, e le attrezzature che, alla data di entrata in vigore del presente decreto, fanno parte del patrimonio dei comuni o delle province con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali, sono trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere; sono parimenti trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali i beni di cui all'art. 65, primo comma - come sostituito dall'art. 21 del decreto legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638 - della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. I trasferimenti di cui al presente articolo sono effettuati con provvedimento regionale. Tale provvedimento costituisce titolo per l'apposita trascrizione dei beni, che dovrà avvenire con esenzione per gli enti interessati di ogni onere relativo a imposte e tasse.

3. Gli atti di donazione a favore delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere che abbiano ad oggetto beni immobili con specifica destinazione a finalità rientranti nell'ambito del servizio sanitario nazionale, sono esenti dal pagamento delle imposte di donazione, ipotecarie e catastali.

4. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, le regioni provvedono ad emanare norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, informate ai principi di cui al codice civile, così come integrato e modificato con decreto legislativo 9 aprile 1991, n. 127, e prevedendo:

a) la tenuta del libro delle deliberazioni del direttore generale;

b) l'adozione del bilancio pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo;

c) la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio;

d) la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;

e) l'obbligo delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo.

5. Per conferire uniforme struttura alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci e per consentire all'Agenzia per i servizi sanitari rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, è predisposto apposito schema, con decreto interministeriale emanato di concerto fra i Ministri del tesoro e della sanità, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

6. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedalière sono tenute agli adempimenti di cui all'art. 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive

modificazioni ed integrazioni, nonché all'attuazione delle disposizioni emanate ai sensi dell'art. 2, lettera h), della legge 23 ottobre 1992, n. 421, in ordine all'evidenziazione delle spese di personale ai fini delle esigenze di consolidamento dei conti pubblici e della relativa informatizzazione. La disciplina contabile di cui al presente articolo decorre dal 1° gennaio 1995 e viene mantenuta in via provvisoria la vigente contabilità finanziaria.».

- L'articolo 830 del codice civile è il seguente:

«Art. 830. *(Beni degli enti pubblici non territoriali).*
I beni appartenenti agli enti pubblici non territoriali sono soggetti alle regole del presente codice, salve le disposizioni delle leggi speciali.
Ai beni di tali enti che sono destinati a un pubblico servizio si applica la disposizione del secondo comma dell'articolo 828.».

- L'articolo 828, secondo comma, del codice civile, è il seguente:

«Art. 828. *(Condizione giuridica dei beni patrimoniali).*
I beni che fanno parte del patrimonio indisponibile non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalle leggi che li riguardano. ».

- Il decreto legislativo 9 aprile 1991, n. 127, reca "Attuazione delle direttive n. 78/660/CEE e 83/349/CEE in materia societaria, relative ai conti annuali e consolidati, ai sensi dell'art. 1, comma 1, della legge 26 marzo 1990, n. 69"

- L'articolo 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468 "Riforma di alcune norme di contabilità generale dello Stato in materia di bilancio" è il seguente:

«Art. 30. *(Conti di cassa).* - 1. Entro il mese di febbraio di ogni anno, il Ministro del tesoro presenta al Parlamento una relazione sulla stima del fabbisogno del settore statale per l'anno in corso, quale risulta delle previsioni gestionali di cassa del bilancio statale e della tesoreria, nonché sul finanziamento di tale fabbisogno, a raffronto con i corrispondenti risultati verificatisi nell'anno precedente. Nella stessa relazione sono, altresì indicati i criteri adottati per la formulazione delle previsioni relative ai capitoli di interessi sui titoli del debito pubblico. Entro la stessa data il Ministro del bilancio e della programmazione economica invia al Parlamento una relazione contenente i dati sull'andamento dell'economia nell'anno precedente e l'aggiornamento delle previsioni per l'esercizio in corso.

2 Entro i mesi di maggio, agosto e novembre il Ministro del tesoro presenta al Parlamento una relazione sui risultati conseguiti dalle gestioni di cassa del bilancio statale e della tesoreria, rispettivamente, nel primo, secondo e terzo trimestre dell'anno in corso, con correlativo aggiornamento della stima annuale.

3. Con le relazioni di cui ai commi 1 e 2, il Ministro del tesoro, presenta altresì al Parlamento per l'intero settore pubblico, costituito dal settore statale, dagli enti di cui all'articolo 25 e dalle regioni, rispettivamente, la stima della previsione di cassa per l'anno in corso, i risultati riferiti ai trimestri di cui al

comma 2 e i correlativi aggiornamenti della stima annua predetta, sempre nell'ambito di una valutazione dei flussi finanziari e dell'espansione del credito interno.

4. Con ciascuna delle relazioni di cui ai commi 1 e 2, il Ministro del tesoro presenta inoltre al Parlamento la stima sull'andamento dei flussi di entrata e di spesa relativa al trimestre in corso.

5. Il Ministro del tesoro determina, con proprio decreto, lo schema tipo dei prospetti contenenti gli elementi previsionali e i dati periodici della gestione di cassa dei bilanci che, entro i mesi di gennaio, aprile, luglio e ottobre, i comuni e le province debbono trasmettere alla rispettiva regione, e gli altri enti di cui all'articolo 25 al Ministero del tesoro.

6. In detti prospetti devono, in particolare, essere evidenziati, oltre agli incassi ed ai pagamenti effettuati nell'anno e nel trimestre precedente, anche le variazioni nelle attività finanziarie (in particolare nei depositi presso la tesoreria e presso gli istituti di credito) e nell'indebitamento a breve e medio termine.

7. Le regioni e le province autonome comunicano al Ministro del tesoro entro il giorno 10 dei mesi di febbraio, maggio, agosto e novembre i dati di cui sopra aggregati per l'insieme delle province e per l'insieme dei comuni e delle unità sanitarie locali, unitamente agli analoghi dati relativi all'amministrazione regionale.

8. Nella relazione sul secondo trimestre di cui al comma 2, il Ministro del tesoro comunica al Parlamento informazioni, per l'intero settore pubblico, sulla consistenza dei residui alla fine dell'esercizio precedente, sulla loro struttura per esercizio di provenienza e sul ritmo annuale del loro processo di smaltimento, in base alla classificazione economica e funzionale.

9. A tal fine, gli enti di cui al comma 5 con esclusione dell'ENEL e delle aziende di servizi debbono comunicare entro il 30 giugno informazioni sulla consistenza dei residui alla fine dell'esercizio precedente, sulla loro struttura per esercizio di provenienza e sul ritmo annuale del loro processo di smaltimento, in base alla classificazione economica e funzionale.

10. I comuni, le province e le unità sanitarie locali trasmettono le informazioni di cui al comma 9 alle regioni entro il 15 giugno. Queste ultime provvederanno ad aggregare tali dati e ad inviarli entro lo stesso mese di giugno al Ministero del tesoro insieme ai dati analoghi relativi alle amministrazioni regionali.

11 Nessun versamento a carico del bilancio dello Stato può essere effettuato agli enti di cui all'articolo 25 della presente legge ed alle regioni se non risultano regolarmente adempiuti gli obblighi di cui ai precedenti commi.».

- L'articolo 64 del citato decreto legislativo n. 29/93, è il seguente:

«Art. 64. *(Rilevazione dei costi)*. - 1 Le amministrazioni pubbliche individuano i singoli programmi di attività e trasmettono alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica, al Ministero del tesoro e al Ministero del bilancio e della programmazione economica tutti gli elementi necessari alla rilevazione ed al controllo dei costi.

2. Ferme restando le attuali procedure di evidenziazione della spesa ed i

relativi sistemi di controllo, il Ministero del tesoro, al fine di rappresentare i profili economici della spesa, previe intese con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica, definisce procedure interne e tecniche di rilevazione e provvede, in coerenza con le funzioni di spesa riconducibili alle unità amministrative cui compete la gestione dei programmi, ad un'articolazione dei bilanci pubblici a carattere sperimentale.

3. Per la omogeneizzazione delle procedure presso i soggetti pubblici diversi dalle amministrazioni sottoposte alla vigilanza ministeriale, la Presidenza del Consiglio dei Ministri adotta apposito atto di indirizzo e coordinamento.

- L'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988)), è il seguente:

«Art. 20. - 1. È autorizzata l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di lire 30.000 miliardi. Al finanziamento degli interventi si provvede mediante operazioni di mutuo che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono autorizzate ad effettuare, nel limite del 95 per cento della spesa ammissibile risultante dal progetto, con la BEI, con la Cassa depositi e prestiti e con gli istituti e aziende di credito all'uopo abilitati, secondo modalità e procedure da stabilirsi con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con il Ministro della sanità.

2. Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale ed un nucleo di valutazione costituito da tecnici di economia sanitaria, edilizia e tecnologia ospedaliera e di funzioni medico-sanitarie, da istituire con proprio decreto, definisce con altro proprio decreto, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, i criteri generali per la programmazione degli interventi che debbono essere finalizzati ai seguenti obiettivi di massima:

a) riequilibrio territoriale delle strutture, al fine di garantire una idonea capacità di posti letto anche in quelle regioni del Mezzogiorno dove le strutture non sono in grado di soddisfare le domande di ricovero;

b) sostituzione del 20 per cento dei posti letto a più elevato degrado strutturale;

c) ristrutturazione del 30 per cento dei posti letto che presentano carenze strutturali e funzionali suscettibili di integrale recupero con adeguate misure di riadattamento;

d) conservazione in efficienza del restante 50 per cento dei posti letto, la cui funzionalità è ritenuta sufficiente;

e) completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extraospedalieri ed ospedalieri diurni con contemporaneo intervento su quelli ubicati in sede ospedaliera secondo le specificazioni di cui alle lettere a), b), c);

f) realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali, per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture di cui alla lettera e) e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, di dimensioni adeguate all'ambiente secondo standards che saranno emanati a norma dell'articolo 5 della legge 23

dicembre 1978, n. 833, devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate. Dette strutture, sulla base di standards dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti-letto ospedalieri;

g) adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti delle strutture sanitarie;

h) potenziamento delle strutture preposte alla prevenzione con particolare riferimento ai laboratori di igiene e profilassi e ai presidi multizonali di prevenzione, agli istituti zooprofilattici sperimentali ed alle strutture di sanità pubblica veterinaria;

i) conservazione all'uso pubblico dei beni dismessi, il cui utilizzo è stabilito da ciascuna regione o provincia autonoma con propria determinazione.

3. Il secondo decreto di cui al comma 2 definisce modalità di coordinamento in relazione agli interventi nel medesimo settore dell'edilizia sanitaria effettuati dall'Agenzia per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno, dal Ministero dei lavori pubblici, dalle università nell'ambito dell'edilizia universitaria ospedaliera e da altre pubbliche amministrazioni, anche a valere sulle risorse del Fondo investimenti e occupazione (FIO).

4. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano predispongono, entro quattro mesi dalla pubblicazione del decreto di cui al comma 3, il programma degli interventi di cui chiedono il finanziamento con la specificazione dei progetti da realizzare. Sulla base dei programmi regionali o provinciali, il Ministro della sanità predispone il programma nazionale che viene sottoposto all'approvazione del CIPE.

5. Entro sessanta giorni dal termine di cui al comma 2, il CIPE determina le quote di mutuo che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono contrarre nei diversi esercizi. Entro sessanta giorni dalla scadenza dei termini di cui al comma 4 il CIPE approva il programma nazionale di cui al comma medesimo. Per il triennio 1988-1990 il limite massimo complessivo dei mutui resta determinato in lire 10.000 miliardi, in ragione di lire 3.000 miliardi per l'anno 1988 e lire 3.500 miliardi per ciascuno degli anni 1989 e 1990. Le stesse regioni e province autonome di Trento e di Bolzano presentano in successione temporale i progetti suscettibili di immediata realizzazione. I progetti sono sottoposti al vaglio di conformità del Ministero della sanità, per quanto concerne gli aspetti tecnico-sanitari e in coerenza con il programma nazionale, e all'approvazione del CIPE che decide, sentito il Nucleo di valutazione per gli investimenti pubblici [L'ultimo periodo è stato abrogato dal decreto-legge 2 ottobre 1993, n. 396 (Disposizioni in materia di edilizia sanitaria), convertito, con modificazioni dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, n.d.r.].

5-*bis*. Dalla data del 30 novembre 1993, i progetti attuativi del programma di cui al comma 5, con la sola esclusione di quelli già approvati dal CIPE e di quelli già esaminati con esito positivo dal Nucleo di valutazione per gli investimenti pubblici alla data del 30 giugno 1993, per i quali il CIPE autorizza il finanziamento, e di quelli presentati dagli enti di cui all'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, sono approvati dai competenti organi

regionali, i quali accertano che la progettazione esecutiva, ivi compresa quella delle Università degli studi con policlinici a gestione diretta nonché degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di loro competenza territoriale, sia completa di tutti gli elaborati tecnici idonei a definire nella sua completezza tutti gli elementi ed i particolari costruttivi necessari per l'esecuzione dell'opera; essi accertano altresì la conformità dei progetti esecutivi agli studi di fattibilità approvati dal Ministero della sanità. Inoltre, al fine di evitare sovrapposizioni di interventi, i competenti organi regionali verificano la coerenza con l'attuale programmazione sanitaria. Le regioni, le province autonome e gli enti di cui all'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, presentano al CIPE, in successione temporale, istanza per il finanziamento dei progetti, corredata dai provvedimenti della loro avvenuta approvazione, da un programma temporale di realizzazione, dalla dichiarazione che essi sono redatti nel rispetto delle normative nazionali e regionali sugli standards ammissibili e sulla capacità di offerta necessaria e che sono dotati di copertura per l'intero progetto o per parti funzionali dello stesso.

6. L'onere di ammortamento dei mutui è assunto a carico del bilancio dello Stato ed è iscritto nello stato di previsione del Ministero del tesoro, in ragione di lire 330 miliardi per l'anno 1989 e di lire 715 miliardi per l'anno 1990.

7. Il limite di età per l'accesso ai concorsi banditi dal Servizio sanitario nazionale è elevato, per il personale laureato che partecipi a concorsi del ruolo sanitario, a 38 anni, per un periodo di tre anni a decorrere dal 1° gennaio 1988.».

Nota all'art. 6:

- L'articolo 6 del citato decreto legislativo n. 502/92, nel testo precedente le modificazioni apportate dal presente articolo, era il seguente:

«Art. 6. *(Rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università).*

1 Le regioni, nell'ambito della programmazione regionale, stipulano specifici protocolli d'intesa con le università per regolamentare l'apporto alle attività assistenziali del servizio sanitario delle facoltà di medicina, nel rispetto delle loro finalità istituzionali didattiche e scientifiche. Le università concordano con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito dei protocolli d'intesa di cui al presente comma, ogni eventuale utilizzazione di strutture assistenziali private, purché accreditate e qualora non siano disponibili strutture nell'azienda di riferimento e, in via subordinata, in altre strutture pubbliche. Le università contribuiscono, per quanto di competenza, all'elaborazione dei piani sanitari regionali. La programmazione sanitaria, ai fini dell'individuazione della dislocazione delle strutture sanitarie, deve tener conto della presenza programmata delle strutture universitarie. Le università e le regioni possono, d'intesa, costituire policlinici universitari, mediante scorporo e trasferimento da singoli stabilimenti ospedalieri di strutture universitarie od ospedaliere, accorpandole in stabilimenti omogenei tenendo conto delle esigenze della programmazione regionale. I rapporti in attuazione delle predette intese sono

regolati, ove necessario, con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere e le unità sanitarie locali interessate.

2. Per soddisfare le specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale, connesse alla formazione degli specializzandi e all'accesso ai ruoli dirigenziali del Servizio sanitario nazionale, le università e le regioni stipulano specifici protocolli di intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli istituiti zooprofilattici sperimentali. Ferma restando la disciplina di cui al decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, sulla formazione specialistica, nelle scuole di specializzazione attivate presso le predette strutture sanitarie in possesso dei requisiti di idoneità di cui all'art. 7 del citato decreto legislativo n. 257/1991, la titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata ai dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in conformità ai protocolli d'intesa di cui al comma 1 Ai fini della programmazione del numero degli specialisti da formare, si applicano le disposizioni di cui all'art. 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, tenendo anche conto delle esigenze conseguenti alle disposizioni sull'accesso alla dirigenza di cui all'art. 15 del presente decreto. Il diploma di specializzazione conseguito presso le predette scuole è rilasciato a firma del direttore della scuola e del rettore dell'università competente. Sulla base delle esigenze di formazione e di prestazioni rilevate dalla programmazione regionale, analoghe modalità per l'istituzione dei corsi di specializzazione possono essere previste per i presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali, le cui strutture siano in possesso dei requisiti di idoneità previsti dall'art. 7 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257

3. A norma dell'art. 1, lettera o), della legge 23 ottobre 1992, n. 421, la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera ovvero presso altre strutture del Servizio sanitario nazionale e istituzioni private accreditate. I requisiti di idoneità e l'accreditamento delle strutture sono disciplinati con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica d'intesa con il Ministro della sanità. Il Ministro della sanità individua con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili. Il relativo ordinamento didattico è definito, ai sensi dell'art. 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica emanato di concerto con il Ministro della sanità. Per tali finalità le regioni e le università attivano appositi protocolli di intesa per l'espletamento dei corsi di cui all'art. 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata di norma a personale del ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, le istituzioni pubbliche e private accreditate e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. I diplomi conseguiti sono rilasciati a firma del responsabile del corso e del rettore dell'università competente. L'esame finale, che consiste in una prova

scritta ed in una prova pratica, abilita all'esercizio professionale. Nelle commissioni di esame è assicurata la presenza di rappresentanti dei collegi professionali, ove costituiti. I corsi di studio relativi alle figure professionali individuate ai sensi del presente articolo e previsti dal precedente ordinamento che non siano stati riordinati ai sensi del citato art. 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, sono soppressi entro due anni a decorrere dal 1° gennaio 1994, garantendo, comunque, il completamento degli studi agli studenti che si iscrivono entro il predetto termine al primo anno di corso. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, per l'accesso alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento è in ogni caso richiesto il possesso di un diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado di durata quinquennale. Alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento e per il predetto periodo temporale possono accedere gli aspiranti che abbiano superato il primo biennio di scuola secondaria superiore per i posti che non dovessero essere coperti dai soggetti in possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado.

4. In caso di mancata stipula dei protocolli di intesa di cui al presente articolo, entro centoventi giorni dalla costituzione delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, previa diffida, gli accordi sono approvati dal Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta dei Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.

5. Nelle strutture delle facoltà di medicina e chirurgia il personale laureato medico ed odontoiatra di ruolo, in servizio alla data del 31 ottobre 1992, dell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria, svolge anche le funzioni assistenziali. In tal senso è modificato il contenuto delle attribuzioni dei profili del collaboratore e del funzionario tecnico socio-sanitario in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia ed in odontoiatria. È fatto divieto alle università di assumere nei profili indicati i laureati in medicina e chirurgia ed in odontoiatria.».

- Il decreto dei Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 31 luglio 1997, reca: "Linee guida per la stipula dei protocolli d'intesa università-regioni"

- Il decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 17 dicembre 1997, reca: "Requisiti d'idoneità delle strutture per le scuole di specializzazione dell'area medica."

- Il decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 24 settembre 1997, reca: "Requisiti d'idoneità delle strutture per i diplomi universitari dell'area medica."

Note all'art. 7:

- L'articolo 7 del citato decreto legislativo n. 502/92, nel testo precedente le modificazioni apportate dal presente articolo, era il seguente:

«Art 7. *(Dipartimenti di prevenzione).*

1. Le regioni istituiscono presso ciascuna unità sanitaria locale un dipartimento di prevenzione cui sono attribuite le funzioni attualmente svolte dai servizi delle unità sanitarie locali ai sensi degli articoli 16, 20 e 21 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Il dipartimento è articolato almeno nei seguenti servizi:

a) igiene e sanità pubblica;

b) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;

c) igiene degli alimenti e della nutrizione;

d) veterinari, articolati distintamente nelle tre aree funzionali della sanità animale, dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, e dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

I servizi veterinari si avvalgono delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli istituti zooprofilattici sperimentali. La programmazione regionale individua le modalità di raccordo funzionale tra i dipartimenti di prevenzione e gli istituti zooprofilattici per il coordinamento delle attività di sanità pubblica veterinaria.

2. Le attività di indirizzo e coordinamento necessarie per assicurare la uniforme attuazione delle normative comunitarie e degli organismi internazionali sono assicurate dal Ministero della sanità che si avvale, per gli aspetti di competenza, dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, degli istituti zooprofilattici sperimentali, dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, dell'Agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente e degli istituti di ricerca del CNR e dell'ENEA.

3. I dipartimenti di prevenzione, tramite la regione, acquisiscono dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro ogni informazione utile ai fini della conoscenza dei rischi per la tutela della salute e per la sicurezza degli ambienti di lavoro. L'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro garantisce la trasmissione delle anzidette informazioni anche attraverso strumenti telematici.».

- Sul contenuto del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, vedi nota all'art. 1

- Il decreto ministeriale 22 febbraio 1984 reca: "Fissazione dei livelli delle prestazioni sanitarie e delle prestazioni economiche accessorie a quelle di malattia assicurate in Italia, in navigazione ed all'estero al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile dal Ministero della sanità"

- Il decreto ministeriale 2 maggio 1985, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 142 del 18 giugno 1985, reca "Direttive alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano in materia di profilassi internazionale e di sanità pubblica"

- L'articolo 8 della citata legge n. 59/97, è il seguente:

«Art. 8. - 1. Gli atti di indirizzo e coordinamento delle funzioni amministrative regionali, gli atti di coordinamento tecnico, nonché le direttive

relative all'esercizio delle funzioni delegate, sono adottati previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, o con la singola regione interessata.

2. Qualora nel termine di quarantacinque giorni dalla prima consultazione l'intesa non sia stata raggiunta, gli atti di cui al comma 1 sono adottati con deliberazione del Consiglio dei ministri, previo parere della Commissione parlamentare per le questioni regionali da esprimere entro trenta giorni dalla richiesta.

3. In caso di urgenza il Consiglio dei ministri può provvedere senza l'osservanza delle procedure di cui ai commi 1 e 2. I provvedimenti in tal modo adottati sono sottoposti all'esame degli organi di cui ai commi 1 e 2 entro i successivi quindici giorni. Il Consiglio dei ministri è tenuto a riesaminare i provvedimenti in ordine ai quali siano stati espressi pareri negativi.

4. Gli atti di indirizzo e coordinamento, gli atti di coordinamento tecnico, nonché le direttive adottate con deliberazione del Consiglio dei ministri, sono trasmessi alle competenti Commissioni parlamentari.

5. Sono abrogate le seguenti disposizioni concernenti funzioni di indirizzo e coordinamento dello Stato:

a) l'articolo 3 legge 22 luglio 1975, n. 382;

b) l'articolo 4, secondo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, il primo comma del medesimo articolo limitatamente alle parole da: «nonché la funzione di indirizzo» fino a: «n. 382» e alle parole «e con la Comunità economica europea», nonché il terzo comma del medesimo articolo, limitatamente alle parole: «impartisce direttive per l'esercizio delle funzioni amministrative delegate alle regioni, che sono tenute ad osservarle, ed»;

c) l'articolo 2, comma 3, lettera d), della legge 23 agosto 1988, n. 400, limitatamente alle parole: «gli atti di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e, nel rispetto delle disposizioni statutarie, delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano»;

d) [lettera dichiarata costituzionalmente illegittima dalla Corte Costituzionale con sentenza 10-14 dicembre 1998, n. 408 (Gazz. Uff. 16 dicembre 1998, n. 50 – Serie speciale) n.d.r.]»;

e) l'articolo 1, comma 1, lettera hh), della legge 12 gennaio 1991, n. 13.

6. È soppresso l'ultimo periodo della lettera a) del primo comma dell'articolo 17 della legge 16 maggio 1970, n. 281.».

- Gli articoli 25 e 27 del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626 (Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE e 90/679/CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro), sono i seguenti:

«Art. 25. *(Coordinamento).*

1. Con atto di indirizzo e coordinamento, da emanarsi, su proposta dei Ministri del lavoro e della previdenza sociale e della sanità, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono individuati criteri al fine di assicurare unità ed omogeneità

di comportamenti in tutto il territorio nazionale nell'applicazione delle disposizioni in materia di sicurezza e salute dei lavoratori e di radioprotezione.».

«Art. 27 *(Comitati regionali di coordinamento).*

1 Con atto di indirizzo e coordinamento, da emanarsi entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sentita la Conferenza Stato-regioni, su proposta dei Ministri del lavoro e della previdenza sociale e della sanità, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, sono individuati criteri generali relativi all'individuazione di organi operanti nella materia della sicurezza e della salute sul luogo di lavoro al fine di realizzare uniformità di interventi ed il necessario raccordo con la commissione consultiva permanente.

2. Alle riunioni della Conferenza Stato-regioni, convocate per i pareri di cui al comma 1, partecipano i rappresentanti dell'ANCI, dell'UPI e dell'UNICEM.».

- L'articolo 20 del citato decreto legislativo n. 626/94, è il seguente:

«Art. 20. *(Organismi paritetici).* - 1. A livello territoriale sono costituiti organismi paritetici tra le organizzazioni sindacali dei datori di lavoro e dei lavoratori, con funzioni di orientamento e di promozione di iniziative formative nei confronti dei lavoratori. Tali organismi sono inoltre prima istanza di riferimento in merito a controversie sorte sull'applicazione dei diritti di rappresentanza, informazione e formazione, previsti dalle norme vigenti.

2. Sono fatti salvi, ai fini del comma 1, gli organismi bilaterali o partecipativi previsti da accordi interconfederali, di categoria, nazionali, territoriali o aziendali.

3 Agli effetti dell'articolo 10 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, gli organismi di cui al comma 1 sono parificati alla rappresentanza indicata nel medesimo articolo.».

Note all'art. 8:

- L'articolo 8 del citato decreto legislativo n. 502/92, nel testo precedente le modificazioni apportate dal presente articolo, era il seguente:

«Art. 8. *(Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali).*

1 Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti princìpi:

a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;

b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito

nel corso dell'anno nonché la ricusazione della scelta da parte del medico quando ricorrano eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità;

c) prevedere le modalità per concordare livelli di spesa programmati e disciplinarne gli effetti al fine di responsabilizzare il medico al rispetto dei livelli di spesa indotta per assistito, tenendo conto delle spese direttamente indotte dal medico e di quelle indotte da altri professionisti e da altre strutture specialistiche e di ricovero;

d) prevedere che l'accertato e non dovuto pagamento anche parziale da parte dell'assistito delle prestazioni previste in convenzione comporta il venir meno del rapporto con il Servizio sanitario nazionale;

e) concordare, unitamente anche alle organizzazioni sindacali delle categorie di guardia medica e dei medici di medicina dei servizi, i compiti e le prestazioni da assicurare in base ad un compenso capitario per assistito definendo gli ambiti rimessi ad accordi di livello regionale, i quali dovranno prevedere le specificità di settori aventi caratteristiche particolari e garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, anche attraverso forme graduali di associazionismo medico, e prevedere, altresì, le prestazioni da assicurare con pagamento in funzione delle prestazioni stesse;

f) definire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto affidato, corrisposta su base annuale come corrispettivo delle funzioni previste in convenzione. Ad essa è aggiunta una quota variabile in considerazione del rispetto dei livelli di spesa programmati di cui alla lettera c) ed, eventualmente, delle prestazioni e attività previste negli accordi di livello regionale;

g) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito prioritariamente ai medici forniti dell'attestato di cui all'art. 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, o titolo equipollente ai sensi del predetto decreto. L'anzidetto attestato non è richiesto per i medici che, alla data del 31 dicembre 1992, risultavano titolari di incarico per il servizio della guardia medica, per i medici titolari di incarico ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 14 febbraio 1992, n. 218, e per i medici che alla data dell'entrata in vigore del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, risultavano iscritti nella graduatoria regionale di medicina generale;

h) prevedere la cessazione degli istituti normativi previsti dalla vigente convenzione, riconducibili direttamente o indirettamente al rapporto di lavoro dipendente.

1-*bis*. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, ad esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro il triennio indicato al comma 7, le regioni possono inoltre individuare aree di attività della guardia medica e della medicina dei servizi che, ai fini del miglioramento del servizio, richiedano l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici addetti a

tali attività che al 31 dicembre 1992 risultavano titolari di incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'art. 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e per la funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità.

2. Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti princìpi:

a) le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico-chirurgici e altri prodotti sanitari erogabili dal Servizio sanitario nazionale nei limiti previsti dai livelli di assistenza;

b) per il servizio di cui alla lettera a) l'unità sanitaria locale corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto erogato, al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito. Ai fini della liquidazione la farmacia è tenuta alla presentazione della ricetta corredata del bollino o di altra documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito. Per il pagamento del dovuto oltre il termine fissato dagli accordi regionali di cui alla successiva lettera c) non possono essere riconosciuti interessi superiore a quelli legali;

c) demandare ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalità di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonché l'individuazione di modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto previsto alla precedente lettera b), e le modalità di collaborazione delle farmacie in programmi particolari nell'ambito delle attività di emergenza, di farmacovigilanza, di informazione e di educazione sanitaria.

3. Gli Ordini ed i Collegi professionali sono tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli Albi ed ai Collegi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli Ordini o dai Collegi sono decisi dalla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

4. Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private, a norma dell'art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con atto di indirizzo e coordinamento, emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentito il Consiglio superiore di sanità, sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli

sulla permanenza dei requisiti stessi. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato entro il 31 dicembre 1993 nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

a) garantire il perseguimento degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione definiti dal Piano sanitario nazionale;

b) garantire il perseguimento degli obiettivi che ciascuna delle fondamentali funzioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale deve conseguire, giusta quanto disposto dal decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992, concernente la «Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria» ovvero dal Piano sanitario nazionale, ai sensi del precedente art. 1, comma 4, lettera b);

c) assicurare l'adeguamento delle strutture e delle attrezzature al progresso scientifico e tecnologico;

d) assicurare l'applicazione delle disposizioni comunitarie in materia;

e) garantire l'osservanza delle norme nazionali in materia di protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica, continuità elettrica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplodenti, anche al fine di assicurare condizioni di sicurezza agli operatori e agli utenti del servizio;

f) prevedere l'articolazione delle strutture sanitarie in classi differenziate in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili;

g) prevedere l'obbligo di controllo della qualità delle prestazioni erogate;

h) definire i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presìdi già autorizzati e per l'aggiornamento dei requisiti minimi, al fine di garantire un adeguato livello di qualità delle prestazioni compatibilmente con le risorse a disposizione.

5. L'unità sanitaria locale assicura ai cittadini la erogazione delle prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali. Allo scopo si avvale dei propri presìdi, nonché delle aziende e degli istituti ed enti di cui all'art. 4, delle istituzioni sanitarie pubbliche, ivi compresi gli ospedali militari, o private, e dei professionisti. Con tali soggetti l'unità sanitaria locale intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa, con l'eccezione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Ferma restando la facoltà di libera scelta delle suddette strutture o dei professionisti eroganti da parte dell'assistito, l'erogazione delle prestazioni di cui al presente comma è subordinata all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale dal medico di fiducia dell'interessato. Nell'attuazione delle previsioni di cui al presente comma sono tenute presenti le specificità degli organismi di volontariato e di privato sociale non a scopo di lucro.

6. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Ministro della sanità, sentita la Federazione nazionale

degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri ordini e collegi competenti, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome sono stabiliti i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di cui al comma 5 erogate in forma diretta nonché di quelle erogate in forma indiretta, ai sensi dell'art. 25, ultimo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Ove l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e province autonome non intervenga entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, il Ministro della sanità provvede direttamente con atto motivato.

7. Fermo restando quanto previsto dall'art. 4, comma 2, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, da attuare secondo programmi coerenti con i princìpi di cui al comma 5, entro il 30 giugno 1994 le regioni e le unità sanitarie locali per quanto di propria competenza adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate. I rapporti vigenti secondo la disciplina di cui agli accordi convenzionali in atto, ivi compresi quelli operanti in regime di proroga, cessano comunque entro un triennio dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

8. Le unità sanitarie locali, in deroga a quanto previsto dai precedenti commi 5 e 7, utilizzano il personale sanitario in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dei decreti del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, 13 marzo 1992, n. 261, 13 marzo 1992, n. 262, e 18 giugno 1988, n. 255. Esclusivamente per il suddetto personale valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412. Entro il triennio indicato al comma 7 le regioni possono inoltre individuare aree di attività specialistica che, ai fini del miglioramento del servizio richiedano l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici specialistici ambulatoriali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, che alla data del 31 dicembre 1992 svolgevano esclusivamente attività ambulatoriale da almeno cinque anni con incarico orario non inferiore a ventinove ore settimanali e che alla medesima data non avevano altro tipo di rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'art. 17, L. 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e della funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità.

9. Le disposizioni di cui all'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, relative al divieto di esercizio di attività libero-professionali comunque prestate in strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, si estendono alle attività prestate nelle istituzioni e strutture private con le quali l'unità sanitaria locale intrattiene i rapporti di cui al precedente comma 5.».

- L'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), è il seguente:

«Art. 4. *(Assistenza sanitaria). (Omissis).*

9. La delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il comparto del personale del Servizio sanitario nazionale ed il personale sanitario a rapporto convenzionale è costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Partecipano i rappresentanti dei Ministeri del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e, limitatamente al rinnovo dei contratti, del Dipartimento della funzione pubblica, designati dai rispettivi Ministri. La delegazione ha sede presso la segreteria della Conferenza permanente, con un apposito ufficio al quale è preposto un dirigente generale del Ministero della sanità a tal fine collocato fuori ruolo. Ai fini di quanto previsto dai commi ottavo e nono dell'articolo 6 della legge 29 marzo 1983, n. 93, come sostituiti dall'articolo 18 della legge 12 giugno 1990, n. 146, la delegazione regionale trasmette al Governo l'ipotesi di accordo entro quindici giorni dalla stipula.».

- Il testo degli articoli 2 e 6 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256 (Attuazione della direttiva n. 86/457/CEE, relativa alla formazione specifica in medicina generale, a norma dell'art. 5 della legge 30 luglio 1990, n. 212), è il seguente:

«Art. 2. *(Efficacia dell'attestato).*

1 Dal 1° gennaio 1995 il possesso dell'attestato di cui al comma 2 dell'art. 1, fatti salvi i diritti acquisiti di cui all'art. 6, costituisce titolo necessario per l'esercizio della medicina generale ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

2. È equiparato all'attestato di cui al comma 2 dell'art. 1 l'attestato di compiuto tirocinio teorico pratico per la formazione specifica in medicina generale rilasciato ai sensi del secondo comma dell'art 8 del decreto ministeriale 10 ottobre 1988.».

«Art 6. *(Diritti acquisiti).*

1 Indipendentemente dal possesso degli attestati di formazione di cui agli articoli 1 e 2, hanno diritto ad esercitare l'attività professionale in qualità di medico di medicina generale i titolari, alla data del 31 dicembre 1994, di un rapporto convenzionale disciplinato dagli accordi collettivi nazionali previsto dall'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, quale: medico di medicina generale, medico addetto al servizio di guardia medica attiva ed emergenza territoriale, medico titolare di incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi, medico specialista ambulatoriale della branca di medicina interna, nonché medico generico fiduciario e medico di ambulatorio presso il Servizio assistenza sanitario naviganti (S.A.S.N.) convenzionato con il Ministero della sanità ai sensi del combinato disposto dell'art. 37, ultimo comma, della citata legge 23 dicembre

1978, n. 833, e dell'art. 12, ultimo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 620.

2. Detto diritto è esteso ai medici cittadini di un Paese membro delle Comunità europee che già operano in Italia, ai sensi della legge 22 maggio 1978, n. 217, e che siano titolari, alla data del 31 dicembre 1996 di uno dei rapporti di cui al comma 1

3. I medici che si trovano in una delle situazioni previste dai commi 1 e 2 e che intendono esercitare l'attività professionale in qualità di medico di medicina generale nel regime nazionale di sicurezza sociale di uno dei Paesi membri delle Comunità europee, anche se non in possesso di una formazione specifica in medicina generale, devono chiedere il rilascio del relativo attestato al competente ordine provinciale dei medici e degli odontoiatri, previa presentazione della documentazione comprovante il diritto acquisito.

4. L'individuazione e l'identificazione di ulteriori categorie non previste nel comma 1 sono effettuate, nel rispetto della direttiva n. 86/457/CEE, con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

5. L'ordine provinciale dei medici e degli odontoiatri competente per l'iscrizione provvede all'annotazione del titolo conseguito od equiparato, ai sensi dell'art. 3, commi terzo e quarto, del decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 231, al fine della concessione degli attestati.».

- Il decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, reca: "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421"

- L'articolo 48 della citata legge n. 833/78, è il seguente:

«Art. 48. *(Personale a rapporto convenzionale).*

L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281, da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri. I competenti organi locali adottano entro 30 giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

Gli accordi collettivi nazionali di cui al primo comma devono prevedere:

1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati di ogni unità sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;

2) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti, convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali;

3) l'accesso alla convenzione, che è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;

4) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili; la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati; le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione. Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni, previa domanda motivata alla unità sanitaria locale;

6) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);

7) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione. Saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;

8) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati, nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;

9) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

10) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;

11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

12) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) la collaborazione dei medici per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio.

I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalità di cui al primo e secondo comma del presente articolo.

Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione.

Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle convenzioni da stipulare da parte delle unità sanitarie locali con tutte le farmacie di cui all'articolo 28.

È nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la facoltà degli organi di gestione delle unità sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle rispettive strutture.

È altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Le federazioni degli ordini nazionali, nonché i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.

Gli ordini e collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanità, sentita la suddetta federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti di cui l'ordine provinciale non ha dato corso.

Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976, pubblicato nel supplemento alla Gazzetta Ufficiale del 28 ottobre 1976, n. 289.».

- L'articolo 6 del citato decreto legislativo n. 29/93, è il seguente:

«Art. 6. *(Organizzazione e disciplina degli uffici e dotazioni organiche).*

1 Nelle amministrazioni pubbliche l'organizzazione e la disciplina degli uffici, nonché la consistenza e la variazione delle dotazioni organiche, sono determinate in funzione delle finalità indicate all'articolo 1, comma 1, previa verifica degli effettivi fabbisogni e previa consultazione delle organizzazioni sindacali rappresentative ai sensi dell'articolo 10. Le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale.

2. Per le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, si applica l'articolo 17, comma 4-bis, della legge 23 agosto 1988, n. 400. La distribuzione del personale dei diversi livelli o qualifiche previsti dalla dotazione organica può essere modificata con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del ministro competente, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, ove comporti riduzioni di spesa o comunque non incrementi la spesa complessiva riferita al personale effettivamente in servizio al 31 dicembre dell'anno precedente.

3. Per la ridefinizione degli uffici e delle dotazioni organiche si procede periodicamente e comunque a scadenza triennale, nonché ove risulti necessario a seguito di riordino, fusione, trasformazione o trasferimento di funzioni. Ogni amministrazione procede adottando gli atti previsti dal proprio ordinamento.

4. Le variazioni delle dotazioni organiche già determinate sono approvate dall'organo di vertice delle amministrazioni in coerenza con la programmazione triennale del fabbisogno di personale di cui all'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e con gli strumenti di programmazione economico-finanziaria pluriennale. Per le amministrazioni dello Stato, la programmazione triennale del fabbisogno di personale è deliberata dal Consiglio dei Ministri e le variazioni delle dotazioni organiche sono determinate ai sensi dell'articolo 17, comma 4-bis, della legge 23 agosto 1988, n. 400 [*il presente comma è stato modificato dall'art. 2 del decreto legislativo 29 ottobre 1998, n. 387*, n.d.r.].

5. Per la Presidenza del Consiglio dei Ministri, per il Ministero degli affari esteri, nonché per le amministrazioni che esercitano competenze istituzionali in materia di difesa e sicurezza dello Stato, di polizia e di giustizia, sono fatte salve le particolari disposizioni dettate dalle normative di settore. L'articolo 5, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503, relativamente al personale appartenente alle Forze di polizia ad ordinamento civile, si interpreta nel senso che al predetto personale non si applica l'articolo 16 dello stesso decreto. Restano salve le disposizioni vigenti per la determinazione delle piante organiche del personale degli istituti e scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative. Le attribuzioni del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica relative a tutto il personale tecnico e amministrativo universitario, compresi i dirigenti, sono devolute all'università di appartenenza. Parimenti sono attribuite agli Osservatori astronomici, astrofisici e Vesuviano tutte le attribuzioni del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica in materia di personale, ad eccezione di quelle relative al reclutamento del personale di ricerca.

6. Le amministrazioni pubbliche che non provvedono agli adempimenti di cui al presente articolo e a quelli previsti dall'articolo 31 non possono assumere nuovo personale, compreso quello appartenente alle categorie protette.».

- Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 dicembre 1997, n. 502, reca: "Regolamento recante norme per l'inquadramento nel ruolo medico del Servizio sanitario nazionale di incaricati del servizio di guardia medica e medicina dei servizi"

L'articolo 34 della citata legge 27 dicembre 1997, n. 449, è il seguente:

«Art. 34. *(Specialisti ambulatoriali convenzionati).*

1. Entro il 31 marzo 1998 le regioni individuano aree di attività specialistica con riferimento alle quali, ai fini del miglioramento del servizio, inquadrano, con decorrenza dal 1° luglio 1998, a domanda ed anche in soprannumero, nel primo livello dirigenziale, con il trattamento giuridico ed economico previsto dal contratto collettivo nazionale, gli specialisti ambulatoriali a rapporto convenzionale, medici e delle altre professionalità sanitarie, che alla data del 31 dicembre 1997 svolgano esclusivamente attività ambulatoriale con incarico non inferiore a ventinove ore settimanali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e che a tale data non abbiano superato i 55 anni di età. Gli specialisti ambulatoriali che, alla data del 31 dicembre 1997, abbiano almeno 55 anni di età mantengono il precedente incarico di medicina ambulatoriale a condizione che non si trovino in trattamento di quiescenza per pregressi rapporti e che, se titolari anche di altro tipo di convenzioni con il Servizio sanitario nazionale, vi rinunzino entro il 1° marzo 1998. Gli specialisti ambulatoriali a rapporto convenzionale che, alla data del 31 dicembre 1997, non siano in possesso dei requisiti di cui al presente comma, mantengono i rapporti di convenzione acquisiti. Le ore già coperte dal personale inquadrato ai sensi del presente comma sono rese indisponibili. Con lo stesso procedimento le regioni provvedono annualmente, a decorrere dal 1° luglio 1999 e fino al 31 dicembre 2003, ad inquadrare anche gli specialisti ambulatoriali che presentino domanda avendo maturato i requisiti richiesti successivamente al 31 dicembre 1997

2. L'inquadramento è disposto previa formulazione del giudizio di idoneità previsto dal regolamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 luglio 1997, n. 365.

3. Dal 1° luglio 1998 cessano i rapporti convenzionali con gli specialisti ambulatoriali di cui al comma 1 che, avendone titolo, non abbiano presentato domanda di inquadramento.

4. Per l'anno 1998 le regioni, in attesa del riordinamento delle funzioni di assistenza specialistica ambulatoriale, emanano, entro il 31 gennaio 1998, direttive per la rideterminazione, da parte delle aziende unità sanitarie locali, delle ore da attribuire agli specialisti ambulatoriali in modo da realizzare, a livello regionale e con riferimento all'intero anno, una riduzione complessiva non inferiore al 10 per cento dei costi, riferiti all'anno 1997, detratti i costi relativi al personale inquadrato ai sensi del comma 1 e quelli relativi agli istituti economici di cui al successivo periodo del presente comma. Agli specialisti ambulatoriali a tempo indeterminato, a decorrere dal 1° gennaio 1998, cessa l'applicazione degli

istituti economici del coordinamento e delle prestazioni di particolare impegno professionale. L'attuazione di quanto previsto dal presente comma non deve comunque comportare diminuzione dell'assistenza sanitaria garantita dai servizi specialistici pubblici territoriali nel corso del 1997, né una sua concentrazione sul territorio.

5. Le province autonome di Trento e di Bolzano e le regioni Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia disciplinano la materia nell'ambito delle attribuzioni derivanti dallo statuto e dalle relative norme di attuazione.».

- L'articolo 4 del decreto-legge 5 ottobre 1993, n. 398 (Disposizioni per l'accelerazione degli investimenti a sostegno dell'occupazione e per la semplificazione dei procedimenti in materia edilizia) convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 493, è il seguente:

«Art. 4. *(Procedure per il rilascio della concessione edilizia).*

1. Al momento della presentazione della domanda di concessione edilizia l'ufficio abilitato a riceverla comunica all'interessato il nominativo del responsabile del procedimento di cui agli articoli 4 e 5 della legge 7 agosto 1990, n. 241 L'esame delle domande si svolge secondo l'ordine di presentazione.

2. Entro sessanta giorni dalla presentazione della domanda il responsabile del procedimento cura l'istruttoria, eventualmente convocando una conferenza di servizi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 14 della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni, e redige una dettagliata relazione contenente la qualificazione tecnico-giuridica dell'intervento richiesto e la propria valutazione sulla conformità del progetto alle prescrizioni urbanistiche ed edilizie. Il termine può essere interrotto una sola volta se il responsabile del procedimento richiede all'interessato, entro quindici giorni dalla presentazione della domanda, integrazioni documentali e decorre nuovamente per intero dalla data di presentazione della documentazione integrativa. Entro dieci giorni dalla scadenza del termine il responsabile del procedimento formula una motivata proposta all'autorità competente all'emanazione del provvedimento conclusivo. I termini previsti al presente comma sono raddoppiati per i comuni con più di 100.000 abitanti.

3. In ordine ai progetti presentati, il responsabile del procedimento deve richiedere, entro il termine di cui al comma 2, il parere della commissione edilizia. Qualora questa non si esprima entro il termine predetto il responsabile del procedimento è tenuto comunque a formulare la proposta di cui al comma 2 e redigere una relazione scritta al sindaco indicando i motivi per i quali il termine non è stato rispettato. Il regolamento edilizio comunale determina i casi in cui il parere della commissione edilizia non deve essere richiesto.

4. La concessione edilizia è rilasciata entro quindici giorni dalla scadenza del termine di cui al comma 2, qualora il progetto presentato non sia in contrasto con le prescrizioni degli strumenti urbanistici ed edilizi e con le altre norme che regolano lo svolgimento dell'attività edilizia.

5. Decorso inutilmente il termine per l'emanazione del provvedimento conclusivo, l'interessato può, con atto notificato o trasmesso in plico raccomandato con avviso di ricevimento, richiedere all'autorità competente di adempiere entro quindici giorni dal ricevimento della richiesta.

6. Decorso inutilmente anche il termine di cui al comma 5, l'interessato può inoltrare istanza al presidente della giunta regionale competente, il quale, nell'esercizio di poteri sostitutivi, nomina entro i quindici giorni successivi, un commissario ad acta che, nel termine di trenta giorni, adotta il provvedimento che ha i medesimi effetti della concessione edilizia. Gli oneri finanziari relativi all'attività del commissario di cui al presente comma sono a carico del comune interessato.

7 I seguenti interventi sono subordinati alla denuncia di inizio attività ai sensi e per gli effetti dell'articolo 2 della legge 24 dicembre 1993, n. 537:

a) opere di manutenzione straordinaria, restauro e risanamento conservativo;

b) opere di eliminazione delle barriere architettoniche in edifici esistenti consistenti in rampe o ascensori esterni, ovvero in manufatti che alterino la sagoma dell'edificio;

c) recinzioni, muri di cinta e cancellate;

d) aree destinate ad attività sportive senza creazione di volumetria;

e) opere interne di singole unità immobiliari che non comportino modifiche della sagoma é dei prospetti e non rechino pregiudizio alla statica dell'immobile e, limitatamente agli immobili compresi nelle zone omogenee A di cui all'articolo 2 del decreto del Ministro dei lavori pubblici 2 aprile 1968, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 97 del 16 aprile 1968, non modifichino la destinazione d'uso;

f) revisione o installazione di impianti tecnologici al servizio di edifici o di attrezzature esistenti e realizzazione di volumi tecnici che si rendano indispensabili, sulla base di nuove disposizioni;

g) varianti a concessioni edilizie già rilasciate che non incidano sui parametri urbanistici e sulle volumetrie, che non cambino la destinazione d'uso e la categoria edilizia e non alterino la sagoma e non violino le eventuali prescrizioni contenute nella concessione edilizia;

h) parcheggi di pertinenza nel sottosuolo del lotto su cui insiste il fabbricato.

8. La facoltà di cui al comma 7 è data esclusivamente ove sussistano tutte le seguenti condizioni:

a) gli immobili interessati non siano assoggettati alle disposizioni di cui alla legge 1° giugno 1939, n. 1089, alla legge 29 giugno 1939, n. 1497 e 6 dicembre 1991, n. 394, ovvero a disposizioni immediatamente operative dei piani aventi la valenza di cui all'articolo 1-bis del decreto-legge 27 giugno 1985, n. 312, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 agosto 1985, n. 431, o della legge 18 maggio 1989, n. 183, non siano comunque assoggettati dagli strumenti urbanistici a discipline espressamente volte alla tutela delle loro caratteristiche paesaggistiche, ambientali, storico-archeologiche, storico-artistiche, storico-architettoniche e storico-testimoniali;

b) gli immobili interessati siano oggetto di prescrizioni di vigenti strumenti di pianificazione, nonché di programmazione, immediatamente operative e le trasformazioni progettate non siano in contrasto con strumenti adottati.

8-*bis*. La denuncia di inizio attività di cui al comma 7 deve essere corredata dall'indicazione dell'impresa a cui si intende affidare i lavori.

9. La denuncia di inizio attività di cui al comma 7 è sottoposta al termine massimo di validità fissato in anni tre, con obbligo per l'interessato di comunicare al comune la data di ultimazione dei lavori.

10. L'esecuzione delle opere per cui sia esercitata la facoltà di denuncia di attività ai sensi del comma 7 è subordinata alla medesima disciplina definita dalle norme nazionali e regionali vigenti per le corrispondenti opere eseguite su rilascio di concessione edilizia.

11 Nei casi di cui al comma 7, venti giorni prima dell'effettivo inizio dei lavori l'interessato deve presentare la denuncia di inizio dell'attività, accompagnata da una dettagliata relazione a firma di un progettista abilitato, nonché dagli opportuni elaborati progettuali che asseveri la conformità delle opere da realizzare agli strumenti urbanistici adottati o approvati ed ai regolamenti edilizi vigenti, nonché il rispetto delle norme di sicurezza e di quelle igienico-sanitarie. Il progettista abilitato deve emettere inoltre un certificato di collaudo finale che attesti la conformità dell'opera al progetto presentato.

12. Il progettista assume la qualità di persona esercente un servizio di pubblica necessità ai sensi degli articoli 359 e 481 del codice penale. In caso di dichiarazioni non veritiere nella relazione di cui al comma 11, l'amministrazione ne dà comunicazione al competente ordine professionale per l'irrogazione delle sanzioni disciplinari.

13. L'esecuzione di opere in assenza della o in difformità dalla denuncia di cui al comma 7 comporta la sanzione pecuniaria pari al doppio dell'aumento del valore venale dell'immobile conseguente alla realizzazione delle opere stesse e comunque in misura non inferiore a lire un milione. In caso di denuncia di inizio di attività effettuata quando le opere sono già in corso di esecuzione la sanzione si applica nella misura minima. La mancata denuncia di inizio dell'attività non comporta l'applicazione delle sanzioni previste dall'articolo 20 della legge 28 febbraio 1985, n. 47. È fatta salva l'applicazione dell'articolo 2 del codice penale per le opere e gli interventi anteriori alla data di entrata in vigore della presente disposizione.

14. Nei casi di cui al comma 7, ai fini degli adempimenti necessari per comprovare la sussistenza del titolo abilitante all'effettuazione delle trasformazioni tengono luogo delle autorizzazioni le copie delle denunce di inizio di attività, dalle quali risultino le date di ricevimento delle denunce stesse, nonché l'elenco di quanto prescritto comporre e corredare i progetti delle trasformazioni e le attestazioni dei professionisti abilitati.

15. Nei casi di cui al comma 7, il sindaco, ove entro il termine indicato al comma 11 sia riscontrata l'assenza di una o più delle condizioni stabilite, notifica agli interessati l'ordine motivato di non effettuare le previste trasformazioni, e, nei casi di false attestazioni dei professionisti abilitati, ne dà contestuale notizia all'autorità giudiziaria ed al consiglio dell'ordine di appartenenza. Gli aventi titolo hanno facoltà di inoltrare una nuova denuncia di inizio di attività, qualora le stabilite condizioni siano soddisfacibili mediante modificazioni o integrazioni dei progetti delle trasformazioni, ovvero mediante acquisizioni di autorizzazioni, nulla-osta, pareri, assensi comunque denominati, oppure, in ogni caso, di presentare una richiesta di autorizzazione.

16. Per le opere pubbliche dei comuni, la deliberazione con la quale il progetto viene approvato o l'opera autorizzata ha i medesimi effetti della concessione edilizia. I relativi progetti dovranno peraltro essere corredati da una relazione a firma di un progettista abilitato che attesti la conformità del progetto alle prescrizioni urbanistiche ed edilizie, nonché l'esistenza dei nulla osta di conformità alle norme di sicurezza, sanitarie, ambientali e paesistiche.

17. Le norme di cui al presente articolo prevalgono sulle disposizioni degli strumenti urbanistici generali e dei regolamenti edilizi comunali in materia di procedimento.

18. Le regioni adeguano le proprie normazioni ai princìpi contenuti nel presente articolo in tema di procedimento.

19. [Sostituisce la lett. c) del comma 10 dell'art. 10 del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 8 n.d.r.].

20. [Sostituisce l'ultimo comma dell'art. 25, legge 28 febbraio 1985, n. 47 n.d.r.].».

- Per il testo dell'articolo 8, della citata legge n. 59/97, si veda in nota all'articolo 7.

- L'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica, è il seguente:

«Art. 6. *(Pagamento a tariffa e acquisto di beni e servizi). (Omissis).*

6. A decorrere dalla data di entrata in funzione del sistema di pagamento delle prestazioni sulla base di tariffe predeterminate dalla regione cessano i rapporti convenzionali in atto ed entrano in vigore i nuovi rapporti fondati sull'accreditamento, sulla remunerazione delle prestazioni e sull'adozione del sistema di verifica della qualità previsti all'articolo 8, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni. La facoltà di libera scelta da parte dell'assistito si esercita nei confronti di tutte le strutture ed i professionisti accreditati dal Servizio sanitario nazionale in quanto risultino effettivamente in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente e accettino il sistema della remunerazione a prestazione. Fermo restando il diritto all'accreditamento delle strutture in possesso dei requisiti di cui all'articolo 8, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, per il biennio 1995-1996 l'accreditamento opera comunque nei confronti dei soggetti convenzionati e dei soggetti eroganti prestazioni di alta specialità in regime di assistenza indiretta regolata da leggi regionali alla data di entrata in vigore del citato decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che accettino il sistema della remunerazione a prestazione sulla base delle citate tariffe.».

- L'articolo 28, commi 9 e seguenti della legge 23 dicembre 1998, n. 448 (Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo), è il seguente:

«Art. 28. *(Patto di stabilità interno). (Omissis).*

9. Al fine di pervenire al definitivo accertamento dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale presentati dalle regioni per gli esercizi finanziari anteriori al 31 dicembre 1997, ogni regione e provincia autonoma trasmette al Ministero della sanità, entro il 20 febbraio 1999, sulla scorta di una metodologia concertata entro il 20 gennaio 1999 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, la relazione sullo stato di attuazione dei provvedimenti per il ripiano della maggiore spesa sanitaria di competenza regionale sino al 31 dicembre 1994, nonché i riepilogativi regionali dei consuntivi delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere per ciascuno degli esercizi finanziari del triennio 1995-1997, accompagnata dall'illustrazione dell'andamento della spesa, con particolare riferimento a quella per personale, beni e servizi, assistenza farmaceutica e assistenza convenzionata. Su proposta del Ministro della sanità, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individua, entro il 31 marzo 1999, per ciascuna regione, anche tenendo conto di quanto previsto dall'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, la quota di maggiore spesa per il 1997 attribuibile a provvedimenti di carattere nazionale e quella attribuibile a provvedimenti regionali.

10. Al fine di verificare i livelli di assistenza assicurati in ciascuna regione e provincia autonoma, valutare i risultati economico-gestionali e individuare le cause degli eventuali disavanzi, distinguendo la quota di questi ultimi derivante da provvedimenti assunti a livello statale da quella riconducibile alle responsabilità regionali, il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, definisce, entro il 28 febbraio 1999, gli indicatori e i parametri concernenti gli aspetti strutturali e organizzativi dei sistemi sanitari regionali e i livelli di spesa, con particolare riferimento allo stato di attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché delle norme e dei provvedimenti statali volti a garantire il corretto impiego delle risorse e appropriati livelli di utilizzazione dei servizi sanitari. Con la stessa procedura sono determinati i tempi e le modalità di raccolta e trasmissione di informazioni aggiuntive rispetto ai flussi previsti dal vigente ordinamento.

11 Entro il 30 giugno 1999 la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano effettua su proposta del Ministro della sanità, il quale si avvale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, la valutazione della situazione delle singole regioni, individua le regioni deficitarie e definisce le linee generali degli interventi di rientro e di ripiano. Il Ministro della sanità, sentita la predetta Conferenza, presenta una relazione al Parlamento in ordine ai dati ed alle informazioni desumibili dagli atti e dalle attività di cui ai commi precedenti, agli esiti della concertazione al riguardo intervenuta con le regioni, alle indicazioni per le azioni di rientro per le situazioni deficitarie, nonché al Piano di monitoraggio per il perseguimento dei livelli di assistenza e per il governo della spesa.

12. Entro il 30 settembre 1999 il Ministro della sanità, il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e le singole regioni stipulano

appositi accordi che individuano gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico-gestionale nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, tenuto conto di quanto previsto dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 e dalla normativa vigente. Per le regioni che presentano una situazione deficitaria gli accordi prevedono inoltre un programma di interventi per il rientro dai disavanzi e le relative modalità di attuazione, distinguendo la quota attribuibile a provvedimenti di carattere nazionale da quella attribuibile a provvedimenti regionali. Le regioni per il ripiano del disavanzo a carico dei propri bilanci possono alienare parte del patrimonio delle aziende sanitarie non destinato ad attività assistenziali. Il Ministro della sanità, al fine di assicurare il rientro dal deficit del settore sanitario, adotta, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, apposite linee di indirizzo per le regioni assicurando, nel rispetto dell'autonomia regionale, adeguati interventi di supporto tecnico.

13. Il Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avvalendosi anche della collaborazione dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, adegua il sistema informativo sanitario, in coerenza con le previsioni del Piano sanitario nazionale 1998-2000, per garantire un efficace monitoraggio del grado di perseguimento dei livelli di assistenza da parte di tutti i soggetti del servizio sanitario, dell'andamento della spesa, dell'attuazione degli accordi di cui al comma 12.

14. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, di concerto con il Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ripartisce, entro il 31 gennaio 1999, le disponibilità finanziarie per l'anno 1999. L'1,5 per cento di tali disponibilità finanziarie è ripartito in occasione del riparto delle risorse per il servizio sanitario iscritte nel bilancio dello Stato per l'anno 2000 tra le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui al comma 12, e hanno dato ad esso esecuzione, in ragione del grado di attuazione del programma stesso. In caso di inerzia delle amministrazioni regionali rispetto all'attuazione degli accordi e/o del permanere di una situazione deficitaria, il Governo adotta le penalizzazioni e le forme di intervento sostitutivo previste dalla normativa vigente.

15. Per la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica previsti dal presente articolo nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome si provvede con le modalità stabilite dall'articolo 48, comma 2, secondo periodo, della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

16. Nella determinazione delle spettanze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano per l'anno 1999 si tiene conto del minor gettito derivante dall'applicazione dell'articolo 1, in relazione agli statuti di autonomia e alle rispettive norme di attuazione.

17. Alla definizione dei rapporti finanziari pregressi tra Stato e Regione siciliana e alla verifica delle proposte conclusive di quantificazione delle partite di credito e debito intercorrenti fino al 1996 elaborate dal gruppo di lavoro istituito dal Ministro per gli affari regionali si provvede entro il 30 settembre 1999, sentita

la commissione paritetica Stato-Regione di cui all'articolo 43 dello Statuto della Regione siciliana, con apposito provvedimento legislativo su proposta dei Ministri del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e delle finanze.

18. Al fine di consentire un tempestivo monitoraggio dei conti pubblici, nonché l'elaborazione dei conti delle pubbliche amministrazioni in tempi compatibili con il calendario degli adempimenti previsti dalla normativa comunitaria, gli enti del settore pubblico comunicano al Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica i dati consuntivi della gestione di cassa per l'anno 1998 entro il 20 gennaio 1999.».

- Il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, reca: "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza"

- L'articolo 120, comma 1, lettera *g)* del citato decreto legislativo n 112/98, è il seguente:

«Art 120. *(Prestazioni e tariffe).* - 1 Rimangono ferme le attuali competenze dello Stato concernenti:

(Omissis).

g) la definizione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni, di cui all'articolo 8, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502; la definizione dei massimi tariffari, di cui all'articolo 2, comma 9, della legge 28 dicembre 1995, n. 549; l'individuazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, di cui al medesimo articolo 2, comma 9.».

Note all'art. 9:

- L'articolo 9 del citato decreto legislativo n. 502/92, nel testo precedente le modificazioni apportate dal presente articolo, era il seguente:

«Art 9. *(Forme integrative di assistenza sanitaria).*

1 Possono essere istituiti fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale. Le fonti istitutive dei fondi integrativi sanitari sono le seguenti:

a) contratti e accordi collettivi, anche aziendali, ovvero, in mancanza, accordi di lavoratori, promossi da sindacati firmatari di contratti collettivi nazionali di lavoro;

b) accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi da loro sindacati o associazioni di rilievo almeno provinciale;

c) regolamenti di enti o aziende o enti locali o associazioni senza scopo di lucro o società di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute.

Il fondo integrativo sanitario è autogestito ovvero può essere affidato in gestione mediante convenzione con società di mutuo soccorso o con impresa assicurativa autorizzata.

Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, con regolamento emanato dal Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, sono dettate disposizioni relative all'ordinamento dei fondi integrativi sanitari. Il regolamento disciplina:

1) le modalità di costituzione, in linea con i princìpi fissati dall'art. 4, commi 1, 2 e 3 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124;

2) la composizione degli organi di amministrazione e di controllo;

3) le forme di contribuzione;

4) le modalità della vigilanza facente capo al Ministero della sanità;

5) le modalità di scioglimento.

Le società di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute che gestiscono unicamente fondi integrativi sanitari sono equiparate ai fondi sanitari di cui al presente articolo.».

- L'articolo 1, comma 15, della citata legge n. 662/96, è il seguente:

«Art. 1 *(Misure in materia di sanità, pubblico impiego, istruzione, finanza regionale e locale, previdenza e assistenza). (Omissis).*

15. Entro il 30 settembre 1997, il Governo riferisce al Parlamento sullo stato di attivazione degli spazi per l'esercizio della libera professione intramuraria nonché sulle misure dirette ad incentivare il ricorso alle prestazioni rese in regime di libera professione intramuraria, da applicare a decorrere dal 1998.».

- Per il testo dell'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, si veda nelle note all'art. 1

- L'articolo 17, comma 1, della citata legge n. 400/88, è il seguente:

«Art. 17. *(Regolamenti)*. - 1. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, sentito il parere del Consiglio di Stato che deve pronunziarsi entro novanta giorni dalla richiesta, possono essere emanati regolamenti per disciplinare:

a) l'esecuzione delle leggi e dei decreti legislativi;

b) l'attuazione e l'integrazione delle leggi e dei decreti legislativi recanti norme di principio, esclusi quelli relativi a materie riservate alla competenza regionale;

c) le materie in cui manchi la disciplina da parte di leggi o di atti aventi forza di legge, sempre che non si tratti di materie comunque riservate alla legge;

d) l'organizzazione ed il funzionamento delle amministrazioni pubbliche secondo le disposizioni dettate dalla legge;

e) [*Lettera abrogata dall'articolo 74, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29*, n.d.r.].».

- L'articolo 122 del citato decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, è il seguente:

«Art. 122. *(Vigilanza sui fondi integrativi).* - 1. Spetta allo Stato la vigilanza sui fondi integrativi sanitari, di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, istituiti e gestiti a livello ultra-regionale.

2. È conferita alle regioni la vigilanza sui medesimi fondi istituiti e gestiti a livello regionale o infraregionale.».

- Per l'articolo 10, comma 1 della legge 13 maggio 1999, n. 133 (Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale), vedasi note alle premesse.

Note all'art. 10:

- L'articolo 9-*bis* del citato decreto legislativo n. 502/92, nel testo precedente le modificazioni apportate dal presente articolo, era il seguente:

«Art. 9-*bis*. *(Sperimentazioni gestionali).*

1 Le sperimentazioni gestionali previste dall'art. 4, comma 6, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, sono attuate attraverso convenzioni con organismi pubblici e privati per lo svolgimento in forma integrata sia di opere che di servizi, motivando le ragioni di convenienza, di miglioramento della qualità dell'assistenza e gli elementi di garanzia che supportano le convenzioni medesime. A tal fine la regione può dare vita a società miste a capitale pubblico e privato.

In sede di prima attuazione, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome individua nove aziende unità sanitarie locali e/o ospedaliere, equamente ripartite nelle circoscrizioni territoriali del Nord, Centro e Sud Italia, in cui effettuare le predette sperimentazioni.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico che su quello della qualità dei servizi. Al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le regioni adottano i provvedimenti conseguenti.».

- L'articolo 10, del citato decreto legislativo n. 460/97, è il seguente:

«Art. 10. *(Organizzazioni non lucrative di utilità sociale).*

1 Sono organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS) le associazioni, i comitati, le fondazioni, le società cooperative e gli altri enti di carattere privato, con o senza personalità giuridica, i cui statuti o atti costitutivi, redatti nella forma dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata o registrata, prevedono espressamente:

a) lo svolgimento di attività in uno o più dei seguenti settori:

1) assistenza sociale e socio-sanitaria;

2) assistenza sanitaria;

3) beneficenza;

4) istruzione;

5) formazione;

6) sport dilettantistico;

7) tutela, promozione e valorizzazione delle cose d'interesse artistico e storico di cui alla legge 1° giugno 1939, n. 1089, ivi comprese le biblioteche e i beni di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 settembre 1963, n. 1409;

8) tutela e valorizzazione della natura e dell'ambiente, con esclusione dell'attività, esercitata abitualmente, di raccolta e riciclaggio dei rifiuti urbani, speciali e pericolosi di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22;

9) promozione della cultura e dell'arte;

10) tutela dei diritti civili;

11) ricerca scientifica di particolare interesse sociale svolta direttamente da fondazioni ovvero da esse affidata ad università, enti di ricerca ed altre fondazioni che la svolgono direttamente, in ambiti e secondo modalità da definire con apposito regolamento governativo emanato ai sensi dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400;

b) l'esclusivo perseguimento di finalità di solidarietà sociale;

c) il divieto di svolgere attività diverse da quelle menzionate alla lettera a) ad eccezione di quelle ad esse direttamente connesse;

d) il divieto di distribuire, anche in modo indiretto, utili e avanzi di gestione nonché fondi, riserve o capitale durante la vita dell'organizzazione, a meno che la destinazione o la distribuzione non siano imposte per legge o siano effettuate a favore di altre ONLUS che per legge, statuto o regolamento fanno parte della medesima ed unitaria struttura;

e) l'obbligo di impiegare gli utili o gli avanzi di gestione per la realizzazione delle attività istituzionali e di quelle ad esse direttamente connesse;

f) l'obbligo di devolvere il patrimonio dell'organizzazione, in caso di suo scioglimento per qualunque causa, ad altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale o a fini di pubblica utilità, sentito l'organismo di controllo di cui all'articolo 3, comma 190, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, salvo diversa destinazione imposta dalla legge;

g) l'obbligo di redigere il bilancio o rendiconto annuale;

h) disciplina uniforme del rapporto associativo e delle modalità associative volte a garantire l'effettività del rapporto medesimo, escludendo espressamente la temporaneità della partecipazione alla vita associativa e prevedendo per gli associati o partecipanti maggiori d'età il diritto di voto per l'approvazione e le modificazioni dello statuto e dei regolamenti e per la nomina degli organi direttivi dell'associazione;

i) l'uso, nella denominazione ed in qualsivoglia segno distintivo o comunicazione rivolta al pubblico, della locuzione «organizzazione non lucrativa di utilità sociale» o dell'acronimo «ONLUS».

2. Si intende che vengono perseguite finalità di solidarietà sociale quando le cessioni di beni e le prestazioni di servizi relative alle attività statutarie nei settori dell'assistenza sanitaria, dell'istruzione, della formazione, dello sport dilettantistico, della promozione della cultura e dell'arte e della tutela dei diritti civili non sono rese nei confronti di soci, associati o partecipanti, nonché degli altri soggetti indicati alla lettera a) del comma 6, ma dirette ad arrecare benefici a:

a) persone svantaggiate in ragione di condizioni fisiche, psichiche, economiche, sociali o familiari;

b) componenti collettività estere, limitatamente agli aiuti umanitari.

3. Le finalità di solidarietà sociale s'intendono realizzate anche quando tra i beneficiari delle attività statutarie dell'organizzazione vi siano i propri soci, associati o partecipanti o gli altri soggetti indicati alla lettera a) del comma 6, se costoro si trovano nelle condizioni di svantaggio di cui alla lettera a) del comma 2.

4. A prescindere dalle condizioni previste ai commi 2 e 3, si considerano comunque inerenti a finalità di solidarietà sociale le attività statutarie istituzionali svolte nei settori della assistenza sociale e sociosanitaria, della beneficenza, della tutela, promozione e valorizzazione delle cose d'interesse artistico e storico di cui alla legge 1° giugno 1939, n. 1089, ivi comprese le biblioteche e i beni di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 settembre 1963, n. 1409, della tutela e valorizzazione della natura e dell'ambiente con esclusione dell'attività, esercitata abitualmente, di raccolta e riciclaggio dei rifiuti urbani, speciali e pericolosi di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, della ricerca scientifica di particolare interesse sociale svolta direttamente da fondazioni ovvero da esse affidate ad università, enti di ricerca ed altre fondazioni che la svolgono direttamente, in ambiti e secondo modalità da definire con apposito regolamento governativo emanato ai sensi dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, nonché le attività di promozione della cultura e dell'arte per le quali sono riconosciuti apporti economici da parte dell'amministrazione centrale dello Stato.

5. Si considerano direttamente connesse a quelle istituzionali le attività statutarie di assistenza sanitaria, istruzione, formazione, sport dilettantistico, promozione della cultura e dell'arte e tutela dei diritti civili, di cui ai numeri 2), 4), 5), 6), 9) e 10) del comma 1, lettera a), svolte in assenza delle condizioni previste ai commi 2 e 3, nonché le attività accessorie per natura a quelle statutarie istituzionali, in quanto integrative delle stesse. L'esercizio delle attività connesse è consentito a condizione che, in ciascun esercizio e nell'ambito di ciascuno dei settori elencati alla lettera a) del comma 1, le stesse non siano prevalenti rispetto a quelle istituzionali e che i relativi proventi non superino il 66 per cento delle spese complessive dell'organizzazione.

6. Si considerano in ogni caso distribuzione indiretta di utili o di avanzi di gestione:

a) le cessioni di beni e le prestazioni di servizi a soci, associati o partecipanti, ai fondatori, ai componenti gli organi amministrativi e di controllo, a coloro che a qualsiasi titolo operino per l'organizzazione o ne facciano parte, ai soggetti che effettuano erogazioni liberali a favore dell'organizzazione, ai loro parenti entro il terzo grado ed ai loro affini entro il secondo grado, nonché alle società da questi direttamente o indirettamente controllate o collegate, effettuate a condizioni più favorevoli in ragione della loro qualità. Sono fatti salvi, nel caso delle attività svolte nei settori di cui ai numeri 7) e 8) della lettera a) del comma 1, i vantaggi accordati a soci, associati o partecipanti ed ai soggetti che effettuano erogazioni liberali, ed ai loro familiari, aventi significato puramente onorifico e valore economico modico;

b) l'acquisto di beni o servizi per corrispettivi che, senza valide ragioni economiche, siano superiori al loro valore normale;

c) la corresponsione ai componenti gli organi amministrativi e di controllo di emolumenti individuali annui superiori al compenso massimo previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 10 ottobre 1994, n. 645, e dal decreto-legge 21 giugno 1995, n. 239, convertito dalla legge 3 agosto 1995, n. 336, e successive modificazioni e integrazioni, per il presidente del collegio sindacale delle società per azioni;

d) la corresponsione a soggetti diversi dalle banche e dagli intermediari finanziari autorizzati, di interessi passivi, in dipendenza di prestiti di ogni specie, superiori di 4 punti al tasso ufficiale di sconto;

e) la corresponsione ai lavoratori dipendenti di salari o stipendi superiori del 20 per cento rispetto a quelli previsti dai contratti collettivi di lavoro per le medesime qualifiche.

7. Le disposizioni di cui alla lettera h) del comma 1 non si applicano alle fondazioni, e quelle di cui alle lettere h) ed i) del medesimo comma 1 non si applicano agli enti riconosciuti dalle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese.

8. Sono in ogni caso considerati ONLUS, nel rispetto della loro struttura e delle loro finalità, gli organismi di volontariato di cui alla legge 11 agosto 1991, n. 266, iscritti nei registri istituiti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, le organizzazioni non governative riconosciute idonee ai sensi della legge 26 febbraio 1987, n. 49, e le cooperative sociali di cui alla legge 8 novembre 1991, n. 381, nonché i consorzi di cui all'articolo 8 della predetta legge n. 381 del 1991 che abbiano la base sociale formata per il cento per cento da cooperative sociali. Sono fatte salve le previsioni di maggior favore relative agli organismi di volontariato, alle organizzazioni non governative e alle cooperative sociali di cui, rispettivamente, alle citate leggi n. 266 del 1991, n. 49 del 1987 e n. 381 del 1991

9. Gli enti ecclesiastici delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese e le associazioni di promozione sociale ricomprese tra gli enti di cui all'articolo 3, comma 6, lettera e), della legge 25 agosto 1991, n. 287, le cui finalità assistenziali siano riconosciute dal Ministero dell'interno, sono considerati ONLUS limitatamente all'esercizio delle attività elencate alla lettera a) del comma 1; fatta eccezione per la prescrizione di cui alla lettera c) del comma 1, agli stessi enti e associazioni si applicano le disposizioni anche agevolative del presente decreto, a condizione che per tali attività siano tenute separatamente le scritture contabili previste all'articolo 20-bis del decreto del Presidente delle Repubblica 29 settembre 1973, n. 600; introdotto dall'articolo 25, comma 1

10. Non si considerano in ogni caso ONLUS gli enti pubblici, le società commerciali diverse da quelle cooperative, gli enti conferenti di cui alla legge 30 luglio 1990, n. 218, i partiti e i movimenti politici, le organizzazioni sindacali, le associazioni di datori di lavoro e le associazioni di categoria.».

Note all'art. 11:

- L'articolo 12 del citato decreto legislativo n. 502/92, è il seguente:

«Art. 12. *(Fondo sanitario nazionale).*

1 Il Fondo sanitario nazionale di parte corrente e in conto capitale è alimentato interamente da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato ed il suo importo è annualmente determinato dalla legge finanziaria tenendo conto, limitatamente alla parte corrente, dell'importo complessivo presunto dei contributi di malattia attribuiti direttamente alle regioni.

2. Una quota pari all'1% del Fondo sanitario nazionale complessivo di cui al comma precedente, prelevata dalla quota iscritta nel bilancio del Ministero del tesoro e del Ministero del bilancio per le parti di rispettiva competenza, è trasferita nei capitoli da istituire nello stato di previsione del Ministero della sanità ed utilizzata per il finanziamento di:

a) attività di ricerca corrente e finalizzata svolta da:

1) Istituto superiore di sanità per le tematiche di sua competenza;

2) Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro per le tematiche di sua competenza;

3) istituti di ricovero e cura di diritto pubblico e privato il cui carattere scientifico sia riconosciuto a norma delle leggi vigenti;

4) istituti zooprofilattici sperimentali per le problematiche relative all'igiene e sanità pubblica veterinaria;

b) iniziative previste da leggi nazionali o dal Piano sanitario nazionale riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale per ricerche o sperimentazioni attinenti gli aspetti gestionali, la valutazione dei servizi, le tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini, le tecnologie e biotecnologie sanitarie;

c) rimborsi alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere, tramite le regioni, delle spese per prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono per cure in Italia previa autorizzazione del Ministro della sanità d'intesa con il Ministro degli affari esteri.

A decorrere dal 1° gennaio 1995, la quota di cui al presente comma è rideterminata ai sensi dell'art. 11, comma 3, lettera d), della L. 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni.

3. Il Fondo sanitario nazionale, al netto della quota individuata ai sensi del comma precedente, è ripartito con riferimento al triennio successivo entro il 15 ottobre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome; la quota capitaria di finanziamento da assicurare alle regioni viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, determinati ai sensi dell'art. 1, con riferimento ai seguenti elementi:

a) popolazione residente;

b) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità

sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le regioni e le province autonome;

c) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali.

4. Il Fondo sanitario nazionale in conto, capitale assicura quote di finanziamento destinate al riequilibrio a favore delle regioni particolarmente svantaggiate sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria, con particolare riguardo alla capacità di soddisfare la domanda mediante strutture pubbliche.

5. Il Fondo sanitario nazionale di parte corrente assicura altresì, nel corso del primo triennio di applicazione del presente decreto, quote di finanziamento destinate alle regioni che presentano servizi e prestazioni eccedenti quelli da garantire comunque a tutti i cittadini rapportati agli standard di riferimento.

6. Le quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, assegnate alle regioni a statuto ordinario, confluiscono in sede regionale nel Fondo comune di cui all'art. 8, legge 16 maggio 1970, n. 281, come parte indistinta, ma non concorrono ai fini della determinazione del tetto massimo di indebitamento. Tali quote sono utilizzate esclusivamente per finanziare attività sanitarie. Per le regioni a statuto speciale e le province autonome le rispettive quote confluiscono in un apposito capitolo di bilancio.».

- Il decreto legislativo 5 giugno 1998, n. 204, reca: "Disposizioni per il coordinamento, la programmazione e la valutazione della politica nazionale relativa alla ricerca scientifica e tecnologica, a norma dell'articolo 11, comma 1, lettera d), della legge 15 marzo 1997, n. 59"

- L'articolo 2, comma 7, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, (Riordinamento del Ministero della sanità, a norma dell'articolo 1, comma 1, lettera h), della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

«Art. 2. *(Organizzazione del Ministero). (Omissis).*

7 Possono essere istituiti, con decreto del Ministro, di concerto con il Ministro del tesoro, commissioni di studio anche con la partecipazione di esperti estranei all'amministrazione, nei limiti delle dotazioni dei capitoli di spesa. Con le stesse modalità è istituita e disciplinata la commissione per la ricerca sanitaria, sentito anche il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.».

- Il decreto ministeriale 15 luglio 1997 reca: "Recepimento delle linee guida dell'Unione europea di buona pratica clinica per la esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali"

- Il decreto ministeriale 18 marzo 1998 reca: "Linee guida di riferimento per l'istituzione e il funzionamento dei comitati etici."

Nota all'art. 11-bis:

- L'articolo 14 del citato decreto legislativo n. 502/92, nel testo precedente le modificazioni apportate dal presente articolo, era il seguente:

«Art. 14. *(Diritti dei cittadini).*

1 Al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale il Ministro della sanità definisce con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché dell'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. A tal fine il Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro degli affari sociali, può avvalersi anche della collaborazione delle università, del Consiglio nazionale delle ricerche, delle organizzazioni rappresentative degli utenti e degli operatori del Servizio sanitario nazionale nonché delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

2. Le regioni utilizzano il suddetto sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, per la programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Le regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti e ogniqualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie. Le regioni determinano altresì le modalità della presenza nelle strutture degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, anche attraverso la previsione di organismi di consultazione degli stessi presso le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere.

3. Il Ministro della sanità, in sede di presentazione della relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alla tutela dei diritti dei cittadini con riferimento all'attuazione degli indicatori di qualità.

4. Al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi. Le aziende individuano inoltre modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

Il direttore generale dell'unità sanitaria locale ed il direttore generale dell'azienda ospedaliera convocano, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità di cui al primo comma, e per

individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Qualora il direttore generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla regione.

5. Il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio, a richiesta degli assistiti, adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza. Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni, dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la regione competente, al direttore generale dell'unità sanitaria locale o dell'azienda che decide in via definitiva o comunque provvede entro quindici giorni, sentito il direttore sanitario. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale.

6. Al fine di favorire l'esercizio del diritto di libera scelta del medico e del presidio di cura, il Ministero della sanità cura la pubblicazione dell'elenco di tutte le istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità, con l'indicazione delle apparecchiature di alta tecnologia in dotazione nonché delle tariffe praticate per le prestazioni più rilevanti. La prima pubblicazione è effettuata entro il 31 dicembre 1993.

7. È favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tal fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, senza oneri a carico del Fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini. I rapporti tra aziende ed organismi di volontariato che esplicano funzioni di servizio o di assistenza gratuita all'interno delle strutture sono regolati sulla base di quanto previsto dalla legge n. 266/91 e dalle leggi regionali attuative.

8. Le regioni, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere promuovono iniziative di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini, da realizzare anche con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali.».

Note all'art. 12:

- L'articolo 15 del citato decreto legislativo n. 502/92, nel testo precedente le modificazioni apportate dal presente articolo, era il seguente:

«Art. 15. *(Disciplina della dirigenza del ruolo sanitario).*

1. La dirigenza del ruolo sanitario è articolata in due livelli.

2. Al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del primo livello sono attribuite le funzioni di supporto, di collaborazione e

corresponsabilità, con riconoscimento di precisi ambiti di autonomia professionale, nella struttura di appartenenza, da attuarsi nel rispetto delle direttive del responsabile. Al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del secondo livello sono attribuite funzioni di direzione ed organizzazione della struttura da attuarsi anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa e l'adozione dei provvedimenti relativi, necessari per il corretto espletamento del servizio; spettano, in particolare, al dirigente medico appartenente al secondo livello gli indirizzi e, in caso di necessità, le decisioni sulle scelte da adottare nei riguardi degli interventi preventivi, clinici, diagnostici e terapeutici; al dirigente delle altre professioni sanitarie spettano gli indirizzi e le decisioni da adottare nei riguardi dei suddetti interventi limitatamente a quelli di specifica competenza. Gli incarichi dirigenziali riferiti ai settori o moduli organizzativi di cui agli articoli 47 e 116 del decreto del Presidente della Repubblica 23 novembre 1990, n. 384, ridefiniti ai sensi degli articoli 30 e 31 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e integrazioni, sono conferiti dal direttore generale, su proposta dei dirigenti di secondo livello, con le procedure di cui all'articolo 19 del medesimo decreto. A tutto il personale dirigente del ruolo sanitario si applica il disposto dell'articolo 20 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni.

3. Al primo livello della dirigenza del ruolo sanitario si accede attraverso concorso pubblico al quale possono partecipare coloro che abbiano conseguito la laurea nel corrispondente profilo professionale, siano iscritti all'albo dei rispettivi ordini ed abbiano conseguito il diploma di specializzazione nella disciplina. [Il secondo livello dirigenziale del ruolo sanitario è conferito quale incarico a coloro che siano in possesso dell'idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione di cui all'articolo 17]. L'attribuzione dell'incarico viene effettuata, previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, dal direttore generale sulla base del parere di un'apposita commissione di esperti. La commissione è nominata dal direttore generale ed è composta dal direttore sanitario e da due esperti nella disciplina oggetto dell'incarico, di cui uno designato dalla regione ed uno designato dal consiglio dei sanitari tra i dirigenti di secondo livello del Servizio sanitario nazionale; in caso di mancata designazione da parte della regione e del consiglio dei sanitari entro trenta giorni dalla richiesta, la designazione è effettuata dal Ministro della sanità su richiesta dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera. La commissione predispone l'elenco degli idonei previo colloquio e valutazione del curriculum professionale degli interessati. L'incarico, che ha durata quinquennale, dà titolo a specifico trattamento economico ed è rinnovabile. Il rinnovo e il mancato rinnovo sono disposti con provvedimento motivato dal direttore generale previa verifica dell'espletamento dell'incarico con riferimento agli obiettivi affidati ed alle risorse attribuite. La verifica è effettuata da una commissione nominata dal direttore generale e composta dal direttore sanitario e da due esperti scelti tra i dirigenti della disciplina dipendenti dal Servizio sanitario nazionale e appartenenti al secondo livello dirigenziale, di cui uno designato dalla regione e l'altro dal consiglio dei sanitari, entrambi esterni all'unità sanitaria locale. Il dirigente non

confermato nell'incarico è destinato ad altra funzione con la perdita del relativo specifico trattamento economico; contestualmente viene reso indisponibile un posto di organico del primo livello dirigenziale.

4. Il personale appartenente alle posizioni funzionali apicali può optare in prima applicazione del presente decreto per il rapporto quinquennale rinnovabile di cui al comma precedente.

5. Il personale che accede alle posizioni apicali dopo l'entrata in vigore del presente decreto è soggetto alla verifica di cui al comma 3.».

- Per il contenuto del citato decreto legislativo n. 29/93, si veda in nota all'art. 3.

- Il decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483, reca: "Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale"

- L'articolo 28, comma 1 del citato decreto legislativo n. 29/93 è il seguente:

«Art. 28. *(Accesso alla qualifica di dirigente).*

1. L'accesso alla qualifica di dirigente di ruolo nelle amministrazioni statali, anche ad ordinamento autonomo, e negli enti pubblici non economici avviene esclusivamente a seguito di concorso per esami.

- L'articolo 5, comma 1, lettera *d)* del citato decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, è il seguente:

«Art. 5. *(Requisiti).* - 1 L'accesso al secondo livello dirigenziale, per quanto riguarda le categorie dei medici, veterinari, farmacisti, odontoiatri, biologi, chimici, fisici e psicologi, è riservato a coloro che sono in possesso dei seguenti requisiti:

(Omissis).

c) attestato di formazione manageriale.».

- L'articolo 19, comma 1, del citato decreto legislativo n. 29/93, è il seguente:

«Art. 19. *(Incarichi di funzioni dirigenziali).*

1. Per il conferimento di ciascun incarico di funzione dirigenziale e per il passaggio ad incarichi di funzioni dirigenziali diverse si tiene conto della natura e delle caratteristiche dei programmi da realizzare, delle attitudini e della capacità professionale del singolo dirigente, anche in relazione ai risultati conseguiti in precedenza, applicando di norma il criterio della rotazione degli incarichi. Al conferimento degli incarichi e al passaggio ad incarichi diversi non si applica l'articolo 2103, del codice civile.».

- L'articolo 2103, comma primo, del codice civile è il seguente:

«Art. 2103. *(Mansioni del lavoratore).*

Il prestatore di lavoro deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto o a quelle corrispondenti alla categoria superiore che abbia successivamente acquisito ovvero a mansioni equivalenti alle ultime effettivamente svolte, senza alcuna diminuzione della retribuzione. Nel caso di assegnazione a mansioni superiori il prestatore ha diritto al trattamento corrispondente all'attività svolta, e l'assegnazione stessa diviene definitiva, ove la medesima non abbia avuto luogo per sostituzione di lavoratore assente con diritto alla conservazione del posto, dopo un periodo fissato dai contratti collettivi, e comunque non superiore a tre mesi. Egli non può essere trasferito da una unità produttiva ad una altra se non per comprovate ragioni tecniche, organizzative e produttive.».

- L'articolo 1, comma 12, della citata legge n. 662/96, è il seguente:

«Art. 1. *(Misure in materia di sanità, pubblico impiego, istruzione, finanza regionale e locale, previdenza e assistenza). (Omissis).*

12. Le direttive impartite dal Presidente del Consiglio dei ministri all'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni, di cui all'articolo 50, commi 4 e 5, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, indicano altresì i criteri per l'attribuzione di un trattamento economico aggiuntivo al personale che abbia optato per l'esercizio della libera professione intramuraria. Tale opzione costituisce titolo di preferenza per il conferimento di incarichi comportanti direzioni di struttura ovvero per l'accesso agli incarichi di dirigenti del ruolo sanitario di secondo livello. Resta ferma la riduzione del 15 per cento della componente fissa di posizione della retribuzione per i dipendenti che optano per l'esercizio della libera professione extramuraria.».

- L'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382 (Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica) è il seguente:

«Art. 102. *(Attività assistenziale).*

Il personale docente universitario, e i ricercatori che esplicano attività assistenziale presso le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura anche se gestiti direttamente dalle università, convenzionati ai sensi dell'art. 39, L. 23 dicembre 1978, n. 833, assumono per quanto concerne l'assistenza i diritti e i doveri previsti per il personale di corrispondente qualifica del ruolo regionale in conformità ai criteri fissati nei successivi comma e secondo le modalità stabilite negli schemi tipo di convenzione di cui al citato art. 39. Dell'adempimento di tali doveri detto personale risponde alle autorità accademiche competenti in relazione al loro stato giuridico.

Al personale di cui al precedente comma è assicurata l'equiparazione del trattamento economico complessivo corrispondente a quello del personale delle unità sanitarie locali di pari funzione, mansione ed anzianità secondo le vigenti disposizioni ai sensi dell'art. 31 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

Nell'ambito della convenzione di cui all'art. 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, verrà anche fissato il limite finanziario entro il quale comprendere le indennità di cui all'art. 31 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

Le corrispondenze funzionali tra il personale medico dei ruoli universitari ed il personale medico del servizio sanitario nazionale, previste dall'art. 31 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, sono stabilite come segue:

il professore ordinario e straordinario è equiparato al medico appartenente alla posizione apicale;

il professore associato è equiparato al medico appartenente alla posizione intermedia;

l'assistente ordinario del ruolo ad esaurimento ed i ricercatori sono equiparati al medico appartenente alla posizione iniziale.

In rapporto alla disponibilità di posti vacanti nelle strutture assistenziali a direzione universitaria previste dalle convenzioni, di cui al precedente primo comma, ai professori associati, agli assistenti ed ai ricercatori possono essere attribuite ai fini assistenziali qualifiche di livello immediatamente superiore a quelle indicate nel precedente comma.

L'attribuzione della qualifica superiore è deliberata annualmente dal rettore, su motivato conforme parere espresso dal consiglio di facoltà sulla base del curriculum formativo e professionale degli aspiranti desunto dai titoli accademici didattici e scientifici - comprendenti anche l'attività assistenziale e - dell'anzianità di ruolo. Nel caso in cui il servizio nella qualifica superiore venga prestato senza che il personale medico universitario sia in possesso dei requisiti richiesti dalle norme vigenti per il corrispondente personale ospedaliero, il predetto servizio non è valutabile nei concorsi ospedalieri.

L'affidamento delle funzioni di cui ai precedenti commi deve comunque rispettare l'afferenza ai raggruppamenti disciplinari stabiliti dalla vigente normativa universitaria.

Il rapporto di lavoro dei professori universitari che svolgono attività assistenziale può essere a tempo pieno o a tempo definito secondo le disposizioni previste dall'art. 35 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761 e fatto salvo quanto previsto dal precedente art. 11, comma quarto, lettera a), del presente decreto.

L'opzione è reversibile in relazione a motivate esigenze didattiche e di ricerca ed ha durata almeno biennale. L'opzione si esercita con le stesse modalità previste nel precedente art. 10.

I ricercatori universitari di cui al presente articolo, a seconda che prestino servizio per un numero di ore globalmente considerato uguale a quello previsto per il corrispondente personale delle unità sanitarie locali a tempo pieno o a tempo definito, hanno diritto alla rispettiva integrazione del trattamento economico secondo quanto previsto nel precedente secondo comma.».

- Per il testo dell'articolo 6 della citata legge n. 419/98, si veda in nota all'art. 4.

- L'articolo 72 della legge 23 dicembre 1998, n. 448 (Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo), è il seguente:

«Art. 72. *(Disposizioni per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria).*

1. Al fine di attivare idonei e sistematici strumenti di controllo dell'effettivo comportamento tenuto dagli erogatori di prestazioni sanitarie in ordine all'appropriatezza e alla qualità dell'assistenza, è autorizzata la spesa complessiva di lire 948,5 miliardi per gli anni 1999-2001, di cui 189,5 miliardi per l'anno 1999, 379,5 miliardi per l'anno 2000 e 379,5 miliardi per l'anno 2001.

2. Le disponibilità destinate al finanziamento dei progetti di cui all'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, sono ridotte di lire 190 miliardi per l'anno 1999, 380 miliardi per l'anno 2000, 400 miliardi per l'anno 2001.

3. In attuazione di quanto disposto dall'articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, le regioni e le province autonome, a decorrere dal 1999 e per gli anni 2000 e 2001, assicurano l'effettiva vigilanza e il controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse in modo da realizzare una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata in regime di ricovero ordinario, anche attraverso il potenziamento di forme alternative alla degenza ordinaria, nella misura annuale non inferiore all'1 per cento dei ricoveri e della spesa complessiva a tal fine registrata nell'anno precedente.

4. Il rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario che, ai sensi dell'articolo 1, commi 10 e 11, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, optano per l'esercizio della libera attività professionale extramuraria è disciplinato, anche per gli aspetti economici, in sede di contrattazione collettiva. La disciplina, in particolare, prevede la riduzione, nel periodo di validità del contratto stipulato successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge, del trattamento economico accessorio e il conferimento o la conferma degli incarichi di struttura ai dirigenti che abbiano optato per l'esercizio della libera professione intramuraria. L'opzione effettuata per l'esercizio della libera professione extramuraria può essere revocata entro il 31 dicembre di ogni anno.

5. In attesa della disciplina contrattuale di cui al comma 4, a decorrere dal 1° luglio 1999, nei confronti dei dirigenti che hanno optato per l'esercizio della libera attività professionale extramuraria la retribuzione variabile di posizione è comunque ridotta del 50 per cento e non si dà luogo alla retribuzione di risultato; a decorrere dalla stessa data gli incarichi dirigenziali di struttura possono essere conferiti o confermati esclusivamente ai dirigenti che abbiano optato per l'esercizio della libera attività professionale intramuraria.

6. Al fine di promuovere il miglioramento qualitativo delle prestazioni sanitarie, nell'ambito e in coerenza con le finalità di cui all'articolo 1, comma 12, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e in relazione al conseguimento degli obiettivi previsti dal Piano sanitario nazionale, è istituito un fondo per l'esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario che hanno optato per l'esercizio della libera professione intramuraria. Sono ammessi ai benefici del fondo i medesimi dirigenti a condizione che abbiano rinunciato alla facoltà di svolgere la libera professione extramuraria e qualsiasi altra attività sanitaria resa a titolo non gratuito, secondo i criteri e le modalità previsti dal regolamento di cui al comma 9

e comunque ad eccezione delle attività rese in nome e per conto dell'azienda sanitaria di appartenenza.

7. I dirigenti del ruolo sanitario che hanno optato per l'esercizio della libera professione intramuraria non possono esercitare alcuna altra attività sanitaria resa a titolo non gratuito, secondo i criteri e le modalità previsti dal regolamento di cui al comma 9, ad eccezione delle attività rese in nome e per conto dell'azienda sanitaria di appartenenza; la violazione degli obblighi connessi all'esclusività delle prestazioni, l'insorgenza di un conflitto di interessi o di situazioni che comunque implichino forme di concorrenza sleale, salvo che il fatto costituisca reato, comportano la risoluzione del rapporto di lavoro e la restituzione dei proventi ricevuti a valere sulle disponibilità del fondo di cui al comma 6 in misura non inferiore a una annualità e non superiore a cinque annualità. La violazione degli obblighi di cui al presente comma è comunicata, per l'adozione dei provvedimenti di rispettiva competenza, dal direttore generale alla regione o alla provincia autonoma, all'Ordine professionale e al Ministero della sanità. Si applica l'ultimo periodo del comma 5 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

8. L'accertamento, comunque effettuato, delle violazioni delle disposizioni di cui al comma 7 comporta anche la responsabilità del direttore generale per omessa vigilanza e costituisce causa impeditiva per il rinnovo e, nei casi più gravi, motivazione per la decisione di revoca dell'incarico di direttore generale, salvo che egli non dimostri di avere adottato le misure ispettive e di controllo idonee a prevenire e reprimere le predette violazioni. In caso di inadempienza della regione o della provincia autonoma il Ministro della sanità adotta le misure necessarie per garantire l'attuazione di quanto disposto dal presente comma.9. Con regolamento da emanare, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro della sanità, sentite la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, l'Autorità garante della concorrenza e del mercato e le organizzazioni sindacali della dirigenza sanitaria interessata alla materia oggetto del regolamento, sono disciplinate le modalità di attuazione delle disposizioni di cui ai commi 7 e 8, anche al fine di:

a) evitare conflitti di interesse e attività contrarie ai princìpi di tutela della concorrenza;

b) prevedere il divieto per i dirigenti del ruolo sanitario che abbiano optato per l'esercizio della libera professione extramuraria di rendere prestazioni professionali, anche di natura occasionale e periodica, a favore o all'interno di strutture pubbliche o private accreditate.

10. L'estensione delle disposizioni del comma 4, ultimo periodo, e del comma 5 al personale di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, è disciplinata con decreto emanato d'intesa dai Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Il 90 per cento delle risorse che si renderanno disponibili per le università per effetto di tali disposizioni sono destinate a fondi istituiti presso gli atenei per l'incentivazione

dell'impegno didattico di cui all'articolo 24, comma 6, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni.

11. È confermato, per il personale della dirigenza del ruolo sanitario che abbia optato per l'esercizio della libera professione extramuraria, il divieto di esercizio, sotto qualsiasi forma, della libera professione intramuraria. L'inosservanza del divieto di cui al periodo precedente o la mancata assunzione da parte del direttore generale, in conformità alle disposizioni richiamate nel periodo successivo, di tutte le iniziative ivi previste per consentire al personale della dirigenza del ruolo sanitario che abbia manifestato la relativa opzione il pieno esercizio della libera professione intramuraria, costituiscono causa impeditiva per il rinnovo dell'incarico e, nei casi più gravi, motivazione per la decisione di revoca dell'incarico di direttore generale. In particolare il direttore generale, fino alla realizzazione di proprie idonee strutture e spazi distinti per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria in regime di ricovero ed ambulatoriale, è tenuto ad assumere le specifiche iniziative per reperire fuori dall'azienda spazi sostitutivi in strutture non accreditate nonché ad autorizzare l'utilizzazione di studi professionali privati e altresì ad attivare misure atte a garantire la progressiva riduzione delle liste d'attesa per le attività istituzionali, sulla base di quanto previsto da un atto di indirizzo e coordinamento a tal fine adottato, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59. Fino all'emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento si applicano le linee guida adottate dal Ministro della sanità, ai sensi dell'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, con decreto del 31 luglio 1997, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 181 del 5 agosto 1997

12. Il 90 per cento delle complessive risorse che si renderanno disponibili per effetto dell'applicazione delle disposizioni di cui ai commi 4 e 5 è destinato, sulla base di criteri stabiliti dalle regioni e dalle province autonome, d'intesa con le organizzazioni sindacali della dirigenza sanitaria, al finanziamento dei contratti a tempo determinato con soggetti in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, in medicina veterinaria o in altra professionalità del ruolo sanitario per progetti finalizzati all'assistenza sanitaria, anche ai fini di cui all'articolo 3, comma 12, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, nonché, in misura non inferiore al 50 per cento e secondo modalità e tempi previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro per la dirigenza sanitaria, all'integrazione del fondo di cui al comma 6.

13. Agli specialisti ambulatoriali convenzionati inquadrati nel primo livello dirigenziale ai sensi dell'articolo 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, si applicano le disposizioni sul trattamento di quiescenza dei dipendenti pubblici. Ai soggetti indicati nel presente comma è data facoltà di optare per il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'Ente nazionale previdenza e assistenza medici (ENPAM). L'opzione di cui al precedente periodo deve essere esercitata entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Con successivo decreto del Ministro della sanità, da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono stabiliti i criteri per la valutazione del servizio prestato in regime convenzionale ai fini della

partecipazione ai concorsi per l'accesso al secondo livello dirigenziale del personale del Servizio sanitario nazionale.

14. In ragione dell'autofinanziamento del settore sanitario, le norme di cui al presente articolo, ad eccezione dei primi tre periodi del comma 13 e del comma 17, non si applicano alle province autonome di Trento e di Bolzano, alla regione Valle d'Aosta e alla regione Friuli Venezia-Giulia. Nei predetti enti i princìpi di cui al presente articolo sono attuati secondo quanto disposto dagli statuti e dalle relative norme di attuazione.

15. Al fondo di cui al comma 6 affluiscono, nella misura di lire 188 miliardi per l'anno 1999, di lire 376 miliardi per l'anno 2000 e di lire 470 miliardi per l'anno 2001, le disponibilità corrispondenti alla quota parte delle minori spese di cui al comma 3, oltre a quanto disposto dal comma 12. I criteri per l'utilizzo delle risorse del fondo sono individuati con uno specifico atto di indirizzo all'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN), da parte del competente comitato di settore, per il rinnovo del contratto collettivo nazionale di lavoro della dirigenza del Servizio sanitario nazionale da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

16. Sono fatte salve le norme della legge 30 novembre 1998, n. 419. Il comma 7 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, è abrogato.

17 A decorrere dal 1° gennaio 1999 le associazioni di volontariato riconosciute ai sensi della legge 11 agosto 1991, n. 266, e le organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS) di cui al decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460, sono esonerate dal pagamento del canone radio complessivamente dovuto per gli apparati installati sui mezzi adibiti a servizi sociosanitari e di protezione civile.».

- L'articolo 1, comma 10, della citata legge 23 dicembre 1996, n. 662, è il seguente:

«Art. 1. *(Misure in materia di sanità, pubblico impiego, istruzione, finanza regionale e locale, previdenza e assistenza). (Omissis).*

10. I dipendenti del Servizio sanitario nazionale in servizio presso strutture nelle quali l'attività libero professionale intramuraria risulti organizzata e attivata, ai sensi dell'articolo 4, comma 10, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, anche secondo le modalità transitorie dallo stesso previste, alla data di entrata in vigore della presente legge, sono tenuti a comunicare al direttore generale, entro il 31 marzo 1997, l'opzione tra l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria o extramuraria. In assenza di comunicazione si presume che il dipendente abbia optato per l'esercizio della libera professione intramuraria. L'opzione a favore dell'esercizio della libera professione extramuraria ha valore per un periodo di tre anni.».

- Per il testo dell'articolo 1, comma 34-*bis*, della citata legge n. 662/96, si veda in nota all'art. 4.

- L'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503 (Norme per il riordinamento del sistema previdenziale dei lavoratori privati e pubblici, a norma dell'articolo 3 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

«Art. 16. *(Prosecuzione del rapporto di lavoro).*

1. È in facoltà dei dipendenti civili dello Stato e degli enti pubblici non economici di permanere in servizio, con effetto dalla data di entrata in vigore della legge 23 ottobre 1992, n. 421, per un periodo massimo di un biennio oltre i limiti di età per il collocamento a riposo per essi previsti.».

- La legge 19 febbraio 1991, n. 50, recava: " Disposizioni sul collocamento a riposo del personale medico dipendente"

- L'articolo 32, comma 9, della citata legge 27 dicembre 1997, n. 449, è il seguente:

«Art. 32. *(Interventi di razionalizzazione della spesa). (Omissis).*

9. Le regioni, le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere assicurano l'attività di vigilanza e controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse. In particolare:

a) raccolgono ed analizzano sistematicamente i dati concernenti le attività ospedaliere e le attività relative agli altri livelli di assistenza ed i relativi costi e adottano tempestivamente azioni correttive nei casi di ingiustificato scostamento dai valori standard nazionali o locali. Le attività ospedaliere sono oggetto di specifiche azioni di monitoraggio e valutazione sotto i profili della qualità, dell'appropriatezza, della accessibilità e del costo. A tali fini sono promossi interventi di formazione degli operatori regionali e locali dedicati all'attività di controllo esterno e l'impiego di protocolli quali strumenti sistematici di valutazione dell'appropriatezza del ricorso ai ricoveri ospedalieri;

b) le aziende unità sanitarie locali esercitano funzioni di indirizzo e coordinamento dell'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta supportando i sanitari nell'individuazione di linee di intervento appropriate al fine di ottenere il migliore rapporto costo-beneficio tra le opzioni eventualmente disponibili e fornendo indicazioni per l'uniforme applicazione in ambito locale dei percorsi diagnostici e terapeutici di cui all'articolo 1, comma 28, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, che sono adottati dal Ministro della sanità entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, a partire dalle più comuni patologie cronico-degenerative. A tal fine possono avvalersi di appositi uffici di livello dirigenziale. Il Ministro della sanità riferisce al Parlamento sull'adozione dei percorsi diagnostici e terapeutici nell'ambito della Relazione sullo stato sanitario del Paese, di cui all'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;c) al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse per l'acquisto di beni e servizi, l'osservatorio centrale di cui all'articolo 1, comma 30, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, avvalendosi dei dati forniti dalle regioni, dalle aziende unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere, compie indagini e fornisce indicazioni sull'andamento dei prezzi e sulle modalità di acquisto utili ad orientare le decisioni a livello locale.».

- L'articolo 25, del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761 (Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali), è il seguente:

«Art. 25. *(Servizi e titoli equipollenti).* - I servizi e i titoli acquisiti nelle cliniche e negli istituti universitari di ricovero e cura, negli organi degli enti di ricerca di cui all'articolo 40 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, negli ospedali che abbiano ottenuto l'equiparazione prevista dall'articolo 129 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, nell'ospedale «Galliera» di Genova, negli ospedali dell'Ordine mauriziano di Torino, negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e negli ospedali militari, sono equiparati, ai fini degli esami di idoneità ed ai fini dei concorsi di assunzione e dei trasferimenti, ai corrispondenti servizi e titoli acquisiti presso le unità sanitarie locali.

A tali fini, l'ospedale «Galliera» di Genova, l'Ordine mauriziano di Torino, gli ospedali che abbiano ottenuto l'equiparazione prevista dall'articolo 129 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico devono adeguare, per la parte compatibile, i propri ordinamenti del personale alle disposizioni del presente decreto, entro sei mesi dalla sua entrata in vigore. Gli ordinamenti predetti possono prevedere anche rapporti di lavoro a tempo determinato o comunque non espressamente disciplinati dal presente decreto, purché comportino prestazioni equiparabili a quelle del personale addetto ai servizi, presidi e uffici delle unità sanitarie locali.».

Note all'art. 13:

- L'articolo 16 del citato decreto legislativo n. 502/92, è il seguente:

«Art. 16. *(Formazione).*

1 La formazione medica di cui all'articolo 6, comma 2, implica la partecipazione guidata o diretta alla totalità delle attività mediche, ivi comprese la medicina preventiva, le guardie, l'attività di pronto soccorso, l'attività ambulatoriale e l'attività operatoria per le discipline chirurgiche, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolata alle direttive ricevute dal medico responsabile della formazione. La formazione comporta l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta. Durante il periodo di formazione è obbligatoria la partecipazione attiva a riunioni periodiche, seminari e corsi teorico-pratici nella disciplina.».

- L'articolo 4 del citato decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, è il seguente:

«Art. 4. *(Accordi tra Governo, regioni e province autonome di Trento e Bolzano).* - 1. Governo, regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione e nel perseguimento di obiettivi di funzionalità, economicità ed efficacia dell'azione amministrativa, possono

concludere in sede di Conferenza Stato-regioni accordi, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune.

2. Gli accordi si perfezionano con l'espressione dell'assenso del Governo e dei Presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.».

- L'articolo 11 del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 484/97, è il seguente:

«Art. 11. *(Servizi prestati presso enti o strutture sanitarie pubbliche)*. - 1. I servizi prestati nelle amministrazioni pubbliche, negli enti, settori e presìdi di seguito indicati sono equiparati alle discipline e ai servizi come segue:

a) consorzi provinciali antitubercolari: malattie dell'apparato respiratorio;

b) ospedali psichiatrici e centri di igiene mentale: psichiatria;

c) presìdi multizonali di prevenzione e laboratori di igiene e profilassi in relazione al settore di attività:

1) microbiologia e virologia;

2) igiene, epidemiologia e sanità pubblica;

3) biochimica clinica;

4) chimica analitica;

5) igiene degli alimenti e della nutrizione;

6) fisica sanitaria;

d) istituti provinciali di assistenza all'infanzia: pediatria;

e) ufficiale sanitario di ruolo in posto specifico o medico igienista: igiene, epidemiologia e sanità pubblica; igiene degli alimenti e della nutrizione; organizzazione dei servizi sanitari di base;

f) medico condotto: organizzazione dei servizi sanitari di base;

g) funzionario medico del Ministero della sanità, delle regioni, delle province autonome di Trento e di Bolzano, dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali:

1) igiene, epidemiologia e sanità pubblica;

2) direzione sanitaria ospedaliera;

3) organizzazione dei servizi sanitari di base;

h) medico del lavoro o ispettore medico del lavoro: medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro;

i) medico scolastico: organizzazione dei servizi sanitari di base;

l) l) funzionari medici degli ex enti mutualistici:

1) organizzazione dei servizi sanitari di base;

2) medicina legale;

m) funzionari medici dell'I.N.A.I.L. e dell'I.N.P.S.. medicina legale;

n) funzionario veterinario del Ministero della sanità, delle regioni, delle province autonome di Trento e di Bolzano, dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, degli istituti zooprofilattici sperimentali, di strutture già di pertinenza di comuni, province o loro consorzi:

1) sanità animale;

2) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;

3) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;

o) funzionario chimico del Ministero della sanità, delle regioni, delle province autonome di Trento e di Bolzano, della Agenzia per i servizi sanitari regionali, di strutture già di pertinenza di provincie, di comuni o loro consorzi, di presìdi multizonali di prevenzione, degli istituti zooprofilattici sperimentali: igiene degli alimenti e della nutrizione;

p) funzionario farmacista del Ministero della sanità, delle regioni, delle province autonome di Trento e di Bolzano, della Agenzia per i servizi sanitari regionali o di ente pubblico o come farmacista presso farmacie di ente pubblico:

1) farmacia ospedaliera;

2) farmaceutica territoriale;

q) funzionario fisico del Ministero della sanità, delle regioni, delle province autonome di Trento e di Bolzano, della Agenzia per i servizi sanitari regionali: fisica sanitaria;

r) funzionario biologo del Ministero della sanità, delle regioni, delle province autonome di Trento e di Bolzano, della Agenzia per i servizi sanitari regionali, degli istituti zooprofilattici sperimentali: igiene degli alimenti e della nutrizione;

s) biologi dei centri trasfusionali limitatamente alle attività di analisi immunoematòlogiche: patologia clinica;

t) funzionario psicologo del Ministero della sanità, delle regioni, delle province autonome di Trento e di Bolzano, della Agenzia per i servizi sanitari regionali: psicologia.».

Nota all'art. 14:

- L'articolo 17 del citato decreto legislativo n. 502/92 era stato abrogato dall'articolo 2 del decreto-legge 18 novembre 1996, n. 583, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 gennaio 1997, n. 4.

Nota all'art. 15:

- L'articolo 19 del citato decreto legislativo n. 502/92, nel testo precedente le modificazioni apportate dal presente articolo, era il seguente:

«Art. 19. *(Competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome).*

1 Le disposizioni del presente decreto costituiscono princìpi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione.

2. Per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano le disposizioni di cui all'art. 1, commi 1 e 4, all'art. 6, commi 1 e 2, agli articoli 10, 11, 12 e 13, all'art. 14, comma 1, e agli articoli 15, 16, 17 e 18, sono altresì norme fondamentali di riforma economico-sociale della Repubblica.».

- Per il testo dell'articolo 17, comma 1, della citata legge n. 400/88, si veda in nota all'art. 3.

- Per il testo dell'articolo 28, comma 10, della citata legge n. 448/98, si veda in nota all'art. 8.

- Per il testo dell'articolo 1, comma 34-*bis* della citata legge n. 662/96, si veda in nota all'art. 4.

98G0301

DECRETO LEGISLATIVO 22 giugno 1999, n. **230.**

Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 76 e 87 della Costituzione;

Visto l'articolo 14 della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Visto l'articolo 5, comma 1, della legge 30 novembre 1998, n. 419;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 18 giugno 1999;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri e del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro di grazia e giustizia, con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, con il Ministro per la funzione pubblica e con il Ministro per gli affari regionali;

EMANA

il seguente decreto legislativo:

Art. 1

Diritto alla salute dei detenuti e degli internati

1. I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, in particolare, ai detenuti e agli internati:

a) livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi;

b) azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute;

c) informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto dell'ingresso in carcere, durante il periodo di detenzione e all'atto della dimissione in libertà;

d) interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale;

e) l'assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità, anche attraverso il potenziamento dei servizi di informazione e dei consultori, nonché appropriate, efficaci ed essenziali prestazioni di prevenzione, diagnosi precoce e cura alle donne detenute o internate;

f) l'assistenza pediatrica e i servizi di puericultura idonei ad evitare ogni pregiudizio, limite o discriminazione alla equilibrata crescita o allo sviluppo della personalità, in ragione dell'ambiente di vita e di relazione sociale, ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari.

3. Ogni Azienda unità sanitaria locale, nel cui ambito è ubicato un istituto penitenziario, adotta un'apposita Carta dei servizi sanitari per i detenuti e gli internati. Ai fini della predisposizione della Carta dei servizi sanitari le Aziende unità sanitarie locali e l'amministrazione penitenziaria promuovono consultazioni con rappresentanze di detenuti ed internati e con gli organismi di volontariato per la tutela dei diritti dei cittadini.

4. I detenuti e gli internati conservano l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale per tutte le forme di assistenza, ivi compresa quella medico-generica.

5. Sono iscritti al Servizio sanitario nazionale gli stranieri, limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati negli istituti penitenziari. Tali soggetti hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia.

6. I detenuti e gli internati sono esclusi dal sistema di compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio sanitario nazionale.

Art. 2

Principi

1. Lo Stato, le regioni, i comuni, le aziende unità sanitarie locali e gli istituti penitenziari uniformano le proprie azioni e concorrono responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati, attraverso sistemi di informazione ed

educazione sanitaria per l'attuazione di misure di prevenzione e lo svolgimento delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione contenute nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.

2. L'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati è organizzata secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica.

3. Alla erogazione delle prestazioni sanitarie provvede l'Azienda unità sanitaria locale. L'amministrazione penitenziaria provvede alla sicurezza dei detenuti e a quella degli internati ivi assistiti.

Art. 3

Competenze in materia sanitaria

1. Il Ministero della sanità esercita le competenze in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del Servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari.

2. La regioni esercitano le competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi.

3. Alle Aziende unità sanitarie locali sono affidati la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari. Il direttore generale risponde della mancata applicazione e dei ritardi nell'attuazione delle misure previste ai fini dello svolgimento dell'assistenza sanitaria nei suddetti istituti.

4. L'amministrazione penitenziaria segnala alle Aziende unità sanitarie locali e, ai fini dell'esercizio dei poteri sostitutivi, alle regioni e al Ministero della sanità, la mancata osservanza delle disposizioni del presente decreto legislativo.

Art. 4

Competenze in materia di sicurezza

1. Al Ministero di grazia e giustizia sono riservate tutte le competenze in materia di sicurezza all'interno delle strutture sanitarie ubicate negli istituti penitenziari e nell'ambito dei luoghi esterni di cura ove siano ricoverati i detenuti e gli internati.

2. Sulla base degli indirizzi formulati con decreto del Ministro di grazia e giustizia di concerto con il Ministro della sanità, il direttore dell'istituto penitenziario, sentito il direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale, disciplina il regime autorizzatorio e le modalità di accesso nell'istituto medesimo del personale appartenente al Servizio sanitario nazionale.

3. Il personale appartenente al Servizio sanitario nazionale è tenuto all'osservanza delle norme previste dall'ordinamento penitenziario, dal relativo regolamento di esecuzione, dal regolamento interno dell'istituto penitenziario, nonché delle direttive impartite dall'amministrazione penitenziaria e dal direttore dell'istituto medesimo in materia di organizzazione e sicurezza.

4. **In relazione alle esigenze dell'amministrazione penitenziaria è definito, senza oneri a carico del bilancio dello Stato, con provvedimento adottato dal Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro della sanità, con il Ministro per la funzione pubblica e con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentite le organizzazioni sindacali, un contingente di personale medico e sanitario da destinare all'Amministrazione penitenziaria. Con il medesimo provvedimento sono stabiliti i requisiti e i criteri per la individuazione di detto personale, nonché i relativi compiti, fermo restando il diritto di opzione per tale contingente di personale.**

Art. 5

Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario

1. Nell'ambito del Piano sanitario nazionale di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, è previsto un apposito Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario.

2. Il Progetto obiettivo di cui al comma 1 ha durata triennale ed è approvato con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro della sanità e del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. In sede di prima applicazione, il Progetto obiettivo è approvato entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo.

3. Nel Progetto obiettivo di cui al comma 1 sono definiti gli indirizzi alle regioni, volti a garantire gli obiettivi di salute dei detenuti e degli internati. Il Progetto obiettivo indica, in particolare:

a) gli indirizzi specifici finalizzati ad orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo dell'assistenza negli istituti penitenziari;

b) i modelli organizzativi dei servizi sanitari penitenziari anche di tipo dipartimentale differenziati secondo la tipologia di istituto;

c) le esigenze relative alla formazione specifica dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario;

d) le linee-guida finalizzate a favorire all'interno degli istituti penitenziari lo sviluppo delle modalità sistematiche di revisione e valutazione dell'assistenza erogata e ad assicurare l'applicazione dei livelli uniformi, essenziali e appropriati di assistenza;

c) gli obiettivi di salute da raggiungere nel triennio nell'ambito degli istituti penitenziari.

4. Nella determinazione dei criteri generali di valutazione dell'attività dei direttori generali le regioni tengono conto anche del raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi sanitari negli istituti penitenziari, con riferimento alle risorse disponibili e alle caratteristiche degli istituti penitenziari medesimi.

5. Le regioni danno attuazione, nell'ambito dei propri piani sanitari regionali, agli indirizzi contenuti nel Piano sanitario nazionale, sentiti i provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria, anche prevedendo specifici progetti di intervento in materia di assistenza sanitaria nei confronti dei detenuti e degli internati. La mancanza del Piano sanitario regionale comporta l'applicazione del Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario di cui al comma 1.

6. Trascorso un anno dalla data di entrata in vigore del Progetto obiettivo di cui al comma 1, senza che la regione abbia provveduto a dare attuazione a quanto previsto dal comma 5, il Ministero delle sanità, sentita la regione interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso tale termine, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro di grazia e giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella regione al Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, anche mediante la nomina di commissari *ad acta.*

7. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità, è integrata con un apposito capitolo sull'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, redatto d'intesa con il Ministero di grazia e giustizia, nel quale sono:

a) illustrate le condizioni di salute della popolazione detenuta e internata;

b) descritte le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari;

c) esposti i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi finali stabiliti nel Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario;

d) illustrati i risultati conseguiti dalle regioni rispetto all'attuazione di piani sanitari regionali;

e) fornite indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e per la programmazione degli interventi in ambito penitenziario.

Art. 6
Personale e strutture

1. Con uno o più decreti del Ministro della sanità e del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica e con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, è individuato il personale operante negli istituti penitenziari da trasferire al Servizio sanitario nazionale. Si applica l'articolo 19 della legge 15 marzo 1997, n. 59.

2. In sede di contrattazione collettiva con le organizzazioni sindacali sono definite le forme e le procedure per il trasferimento del personale individuato ai sensi del comma 1, anche con la definizione di apposite tabelle di equivalenza.

3. Con uno o più decreti del Ministro di grazia e giustizia e del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, è disciplinato, nel rispetto dei principi

contenuti nell'articolo 7 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, il trasferimento delle attrezzature, degli arredi e degli altri beni strumentali di proprietà della amministrazione penitenziaria da destinare al servizio sanitario nazionale.

Art. 7

Trasferimento di risorse

1. Agli oneri derivanti dall'applicazione del presente decreto legislativo e dei decreti legislativi di cui all'articolo 5, comma 2, della legge 30 novembre 1998, n. 419, si provvede mediante utilizzazione delle risorse assegnate al Ministero di grazia e giustizia e destinate alla sanità

2. Con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, sono assegnate al Fondo sanitario nazionale le risorse finanziarie, relative alle funzioni progressivamente trasferite, iscritte nello stato di previsione della spesa del Ministero di grazia e giustizia. Con il medesimo decreto sono definiti, altresì, i criteri e le modalità della loro gestione.

3. Dall'applicazione del presente decreto legislativo non possono derivare oneri a carico del bilancio dello Stato superiori all'ammontare delle risorse attualmente assegnate al Ministero di grazia e giustizia e destinate alla sanità penitenziaria.

Art. 8

Trasferimento delle funzioni e fase sperimentale

1. A decorrere dal 1° gennaio 2000 sono trasferite al Servizio sanitario nazionale le funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e della

assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti. Sono contestualmente trasferiti il relativo personale, le attrezzature, gli arredi e gli altri beni strumentali nonché le risorse finanziarie, nel rispetto dei principi contenuti nell'articolo 7 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

2. Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con il Ministro per la funzione pubblica, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le organizzazioni sindacali, sono individuate almeno tre regioni nelle quali avviare il graduale trasferimento, in forma sperimentale, delle restanti funzioni sanitarie. Con il medesimo decreto è stabilita la durata della fase sperimentale, tenuto conto dei termini previsti dall'articolo 5, comma 2, della legge 30 novembre 1998, n. 419.

3. Nella fase sperimentale prevista dal comma 2 al rapporto di lavoro del personale non si applicano le disposizioni di cui all'articolo 6. Tale personale è posto alle dipendenze funzionali del Servizio sanitario nazionale. I beni strumentali restano nella titolarità della amministrazione penitenziaria; la gestione degli stessi è affidata al Servizio sanitario nazionale.

4. Con i decreti previsti dal comma 2 dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419, al termine della fase sperimentale, si provvede al trasferimento delle altre funzioni in tutto il territorio nazionale, anche sulla base della sperimentazione svolta.

Art. 9

Trasferimento delle funzioni alle regioni a statuto speciale e alle province autonome

1. Per il trasferimento delle funzioni di cui al presente decreto legislativo si provvede, per le Regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano, con norme di attuazione ai sensi dei rispettivi statuti.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 22 giugno 1999

CIAMPI

D'ALEMA, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

BINDI, *Ministro della sanità*

DILIBERTO, *Ministro di grazia e giustizia*

AMATO, *Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica*

PIAZZA, *Ministro per la funzione pubblica*

BELLILLO, *Ministro per gli affari sociali*

Visto, *il Guardasigilli:* DILIBERTO

NOTE

AVVERTENZA:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'amministrazione competente per materia, ai sensi dell'articolo 10, commi 2 e 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio, restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Nota al titolo:

— Il testo dell'art. 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419 (Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), è il seguente:

«Art. 5 *(Riordino della medicina penitenziaria).* — 1. Il Governo è delegato ad emanare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi di riordino della medicina penitenziaria, con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) prevedere specifiche modalità per garantire il diritto alla salute delle persone detenute o internate mediante forme progressive di inserimento, con opportune sperimentazioni di modelli organizzativi anche eventualmente differenziati in relazione alle esigenze ed alle realtà del territorio, all'interno del Servizio sanitario nazionale, di personale e di strutture sanitarie dell'amministrazione penitenziaria;

b) assicurare la tutela delle esigenze di sicurezza istituzionalmente demandate all'amministrazione penitenziaria;

c) prevedere l'organizzazione di una attività specifica al fine di garantire un livello di prestazioni di assistenza sanitaria adeguato alle specifiche condizioni di detenzione o internamento e l'esercizio delle funzioni di certificazione rilevanti a fini di giustizia;

d) prevedere che il controllo sul funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone detenute o internate sia affidato alle regioni ed alle aziende unità sanitarie locali;

e) prevedere l'assegnazione, con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, al Fondo sanitario nazionale delle risorse finanziarie, relative alle funzioni progressivamente trasferite, iscritte nello stato di previsione del Ministero di grazia e giustizia, nonché i criteri e le modalità della loro gestione.

2. Entro diciotto mesi dalla scadenza del termine di cui al comma 1, il Governo adotta, anche con riferimento all'esito delle sperimentazioni, uno o più decreti legislativi recanti disposizioni integrative e correttive dei decreti legislativi di cui al comma 1, sentito il parere delle competentei Commissioni parlamentari.

3. L'esercizio della delega di cui al presente articolo avviene attraverso l'esclusiva utilizzazione delle risorse attualmente assegnate al Ministero di grazia e giustizia secondo quanto disposto dal comma 1, lettera *e),* e senza ulteriori oneri a carico del bilancio dello Stato».

Note alle premesse:

— L'art. 76 della Costituzione è il seguente:

«Art. 76. — L'esercizio della funzione legislativa non può essere delegato al Governo se non con determinazione di principi e criteri direttivi e soltanto per tempo limitato e per oggetti definiti.».

— L'art. 87 della Costituzione è il seguente:

«Art. 87. — Il Presidente della Repubblica è il Capo dello Stato e rappresenta l'unità nazionale.

Può inviare messaggi alle Camere.

Indice le elezioni delle nuove Camere e ne fissa la prima riunione.

Autorizza la presentazione alle Camere dei disegni di legge di iniziativa del Governo.

Promulga le leggi ed emana i decreti aventi valore di legge e i regolamenti.

Indice il referendum popolare nei casi previsti dalla Costituzione.

Nomina, nei casi indicati dalla legge, i funzionari dello Stato.

Accredita e riceve i rappresentanti diplomatici, ratifica i trattati internazionali, previa, quando occorra, l'autorizzazione delle Camere.

Ha il comando delle Forze armate, presiede il Consiglio supremo di difesa costituito secondo la legge, dichiara lo stato di guerra deliberato dalle Camere.

Presiede il Consiglio superiore della magistratura.

Può concedere grazia e commutare le pene.

Conferisce le onorificenze della Repubblica».

— Il testo dell'art. 14 della legge n. 400/1998 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri) è il seguente:

«Art. 14 *(Decreti legislativi).* — 1. I decreti legislativi adottati dal Governo ai sensi dell'art. 76 della Costituzione sono emanati dal Presidente della Repubblica con la denominazione di "decreto legislativo" e con l'indicazione, nel preambolo, della legge di delegazione, della deliberazione del Consiglio dei Ministri e degli altri adempimenti del procedimento prescritti dalla legge di delegazione.

2. L'emanazione del decreto legislativo deve avvenire entro il termine fissato dalla legge di delegazione; il testo del decreto legislativo adottato dal Governo è trasmesso al Presidente della Repubblica, per la emanazione, almeno venti giorni prima della scadenza.

3. Se la delega legislativa si riferisce ad una pluralità di oggetti distinti suscettibili di separata disciplina, il Governo può esercitarla mediante più atti successivi per uno o più degli oggetti predetti. In relazione al termine finale stabilito dalla legge di delegazione, il Governo informa preriodicamente le Camere sui criteri che segue nell'organizzazione dell'esercizio della delega.

4. In ogni caso, qualora il termine previsto per l'esercizio della delega ecceda i due anni, il Governo è tenuto a richiedere il parere delle Camere sugli schemi dei decreti delegati. Il parere è espresso dalle commissioni permanenti delle due Camere competenti per materia entro sessanta giorni, indicando specificamente le eventuali disposizioni non ritenute corrispondenti alle direttive della legge di delegazione. Il Governo, nei trenta giorni successivi, esaminato il parere, ritrasmette, con le sue osservazioni e con eventuali modificazioni, i testi alle commissioni per il parere definitivio che deve essere espresso entro trenta giorni».

Note all'art. 5:

— Il testo dell'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

«Art. 1. *(Programmazione sanitaria nazionale e definizione dei livelli uniformi di assistenza).* — 1. Gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del Servizio sanitario nazionale nonché i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale ed i relativi finanziamenti di parte corrente ed in conto capitale sono stabiliti con il Piano sanitario nazionale, nel rispetto degli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale ed in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al Servizio sanitario nazionale. Il Piano sanitario nazionale è predisposto dal Governo, sentite le commissioni parlamentari permanenti competenti per la materia, che si esprimono entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto. Il Governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il Piano è adottato, ai sensi dell'art. 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Ove non vi sia l'intesa entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto, il Governo provvede direttamente con atto motivato.

2. Il Piano sanitario nazionale, che ha durata triennale, è adottato dal Governo entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio, con la procedura di cui al precedente comma, anche per quanto riguarda i limiti e i criteri di erogazione delle prestazioni e le eventuali forme di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti in relazione alle risorse stabilite dalla legge finanziaria.

3. Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996 è adottato entro il 31 luglio 1993.

4. Il Piano sanitario nazionale indica:

a) le aree prioritarie di intervento anche ai fini del riequilibrio territoriale delle condizioni sanitarie della popolazione;

b) i livelli uniformi di assistenza sanitaria da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione;

c) i progetti-obiettivo da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali, fermo restando il disposto dell'art. 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, in materia di attribuazione degli oneri relativi;

d) le esigenze prioritarie in materia di ricerca biomedica e di ricerca sanitaria applicata, orientata anche alla sanità pubblica veterinaria, alle funzioni gestionali ed alla valutazione dei servizi e delle attività svolte;

e) gli indirizzi relativi alla formazione di base del personale;

f) le misure e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti;

g) i finanziamenti relativi a ciascun anno di validità del piano in coerenza con i livelli uniformi di assistenza.

5. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di pubblicazione del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano con le modalità previste dai rispettivi statuti, i Piani sanitari regionali, uniformandoli alle indicazioni del Piano sanitario nazionale, e definendo i modelli organizzativi dei servizi in funzione delle specifiche esigenze del territorio e delle risorse effettivamente a disposizione.

6. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità, espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale, illustra analiticamente e comparativamente costi, rendimenti e risultati delle unità del Servizio e fornisce indicazioni per l'ulteriore programmazione. La Relazione fa menzione dei risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali.

7. Su richiesta delle regioni o direttamente, il Ministero della sanità promuove forme di collaborazione nonché l'elaborazione di apposite linee guida, in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento. Per quest'attività il Ministero si avvale dell'Agenzia per l'organizzazione dei servizi sanitari regionali».

— Il testo dell'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 (Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali), è il seguente:

«Art. 8 *(Conferenza Stato-città ed autonomie locali e Conferenza unificata).* — 1. La Conferenza Stato-città ed autonomie locali è unificata per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province, dei comuni e delle comunità montane, con la Conferenza Stato-regioni.

2. La Conferenza Stato-città ed autonomie locali è presieduta dal Presidente del Consiglio dei Ministri o, per sua delega, dal Ministro dell'interno o dal Ministro per gli affari regionali; ne fanno parte altresì il Ministro del tesoro e del bilancio e della programmazione economica, il Ministro delle finanze, il Ministro dei lavori pubblici, il Ministro della sanità, il presidente dell'Associazione nazionale dei comuni d'Italia ANCI, il presidente dell'Unione province d'Italia UPI ed il presidente dell'Unione nazionale comuni, comunità ed enti montani UNCEM. Ne fanno parte inoltre quattordici sindaci designati dall'ANCI e sei presidenti di provincia designati dall'UPI. Dei quattordici sindaci designati dall'ANCI cinque rappresentano le città individuate dall'articolo 17 della legge 8 giugno 1990, n. 142. Alle riunioni possono essere invitati altri membri del Governo, nonché rappresentanti di amministrazioni statali, locali o di enti pubblici.

3. La Conferenza Stato-città ed autonomie locali è convocata almeno ogni tre mesi, e comunque in tutti i casi il presidente ne ravvisi la necessità o qualora ne faccia richiesta il presidente dell'ANCI, dell'UPI o dell'UNCEM.

4. La Conferenza unificata di cui al comma 1 è convocata dal Presidente del Consiglio dei Ministri. Le sedute sono presiedute dal Presidente del Consiglio dei Ministri o, su sua delega, dal Ministro per gli affari regionali o, se tale incarico non è conferito, dal Ministro dell'interno».

Note all'art. 6:

— Il testo dell'art. 19 della legge 15 marzo 1997, n. 59 (Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa), è il seguente:

«Art. 19. — 1. Sui provvedimenti di attuazione delle norme previste dal presente capo aventi riflessi sull'organizzazione del lavoro o sullo stato giuridico dei pubblici dipendenti sono sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative».

— Il testo dell'articolo 7 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59), è il seguente:

«Art. 7 *(Attribuzione delle risorse).* — 1. I provvedimenti di cui all'art. 7 della legge 15 marzo 1997, n. 59, determinano la decorrenza dell'esercizio da parte delle regioni e degli enti locali delle funzioni conferite ai sensi del presente decreto legislativo, contestualmente all'effettivo trasferimento dei beni e delle risorse finanziarie, umane, strumentali e organizzative. Con la medesima decorrenza ha altresì efficacia l'abrogazione delle corrispondenti norme previste dal presente decreto legislativo.

2. Per garantire l'effettivo esercizio delle funzioni e dei compiti conferiti, i provvedimenti di cui all'articolo 7 della legge 15 marzo 1997, n. 59, che individuano i beni e le risorse da ripartire tra le regioni e tra le regioni e gli enti locali, osservano i seguenti criteri:

a) la decorrenza dell'esercizio delle funzioni e dei compiti conferiti contestualmente all'effettivo trasferimento dei beni e delle risorse finanziarie, umane, organizzative e strumentali, può essere graduata, secondo data certe, in modo da completare il trasferiemnto entro il 31 dicembre 2000;

b) la devoluzione alle regioni e agli enti locali di una quota delle risorse erariali deve garantire la congrua copertura, ai sensi e nei termini di cui al comma 3 del presente articolo, degli oneri derivanti dall'esercizio delle funzioni e dei compiti conferiti nel rispetto dell'autonomia politica e di programmazione degli enti; in caso di delega regionale agli enti locali, la legge regionale attribuisce ai medesimi risorse finanziarie tali da garantire la congrua copertura degli oneri derivanti dall'esercizio delle funzioni delegate, nell'ambito delle risorse a tale scopo effettivamente trasferite dallo Stato alle regioni;

c) ai fini della determinazione delle risorse da trasferire, si effettua la compensazione con la diminuzione di entrate erariali derivanti dal conferimento delle medesime entrate alle regioni ed agli enti locali ai sensi del presente decreto legislativo.

3. Con i provvedimenti di cui all'articolo 7 della legge 15 marzo 1997, n. 59, alle regioni e agli enti locali destinatari delle funzioni e dei compiti conferiti sono attribuiti beni e risorse corrispondenti per ammontare a quelli utilizzati dallo Stato per l'esercizio delle medesime funzioni e compiti prima del conferimento. Ai fini della quantificazione, si tiene conto:

a) dei beni e delle risorse utilizzati dallo Stato in un arco temporale pluriennale, da un minimo di tre ad un massimo di cinque anni;

b) dell'andamento complessivo delle spese finali iscritte nel bilancio statale nel medesimo periodo di riferimento;

c) dei vincoli, degli obiettivi e delle regole di variazione delle entrate e delle spese pubbliche stabiliti nei documenti di programmazione economico-finanziaria, approvati dalle Camere, con riferimento sia agli anni che precedono la data del conferimento, sia agli esercizi considerati nel bilancio pluriennale in vigore alla data del conferimento medesimo.

4. Con i provvedimenti, di cui all'articolo 7 della legge 15 marzo 1997, n. 59, si provvede alla individuazione delle modalità e delle procedure di trasferimento, nonché dei criteri di ripartizione del personale. Ferma restando l'autonomia normativa e organizzativa degli enti territoriali riceventi, al personale trasferito è comunque garantito il mantenimento della posizione retributiva già maturata. Il personale medesimo può optare per il mantenimento del trattamento previdenziale previgente.

5. Al personale inquadrato nei ruoli delle regioni, delle province, dei comuni e delle comunità montane, si applica la disciplina sul trattamento economico e stipendiale e sul salario accessorio prevista dal contratto collettivo nazionale di alvoro per il comparto regioni-autonomie locali.

6. Gli oneri relativi al personale necessario per le funzioni conferite incrementano in pari misura il tetto di spesa di cui all'articolo 1, comma 9, della legge 28 dicembre 1995, n. 549.

7. Nelle materie oggetto di conferimento di funzioni e di compiti ai sensi del presente decreto legislativo, lo Stato provvede al finanziamento dei fondi previsti in leggi pluriennali di spesa mantenendo gli staziamenti già previsti dalle leggi stesse o dalla programmazione finanziaria triennale. Sono finanziati altresì, nella misura prevista dalla legge istitutiva, i fondi gestiti mediante convenzione, sino alla scadenza delle convenzioni stesse.

8. Al fine della elaborazione degli schemi di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, la Conferenza unificata Stato, regioni, città e autonomie locali, di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, di seguito denominata «Conferenza unificata», promuove accordi tra Governo, regioni ed enti locali, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera *c)*, del medesimo decreto legislativo. Gli schemi dei singoli decreti debbono contenere:

a) l'individuazione del termine, eventualmente differenziato, da cui decorre l'esercizio delle funzioni conferite e la contestuale individuazione delle quote di tributi e risorse erariali da devolvere agli enti, fermo restando quanto previsto dall'articolo 48 della legge 27 dicembre 1997, n. 449;

b) l'individuazione dei beni e delle strutture da trasferire, in relazione alla ripartizione delle funzioni, alle regioni e agli enti locali;

c) la definizione dei contingenti complessivi, per qualifica e profilo professionale, del personale necessario per l'esercizio delle funzioni amministrative conferite e del personale da trasferire;

d) la congrua quantificazione dei fabbisogni finanziari in relazione alla concreta ripartizione di funzioni e agli oneri connessi al personale, con decorrenza dalla data di effettivo esercizio delle funzioni medesime, secondo i criteri stabiliti al comma 2 del presente articolo.

9. In caso di mancato accordo, il Presidente del Consiglio dei Ministri provvede, acquisito il parere della Conferenza unificata, ai sensi dell'articolo 7 della legge 15 marzo 1997, n. 59.

10. Nei casi in cui lo Stato non provveda ad adottare gli atti e i provvedimenti di attuazione entro le scadenze previste dalla legge 15 marzo 1997, n. 59 e dal presente decreto legislativo, la Conferenza unificata può predisporre lo schema dell'atto o del provvedimento e inviarlo al Presidente del Consiglio dei Ministri, per le iniziative di cui all'articolo 7 della legge 15 marzo 1997, n. 59. Si applica a tal fine la disposizione di cui all'articolo 2, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

11. Ove non si provveda al trasferimento delle risorse disposte ai sensi dell'articolo 7 della legge 15 marzo 1997, n. 59, nei termini previsti, la regione e gli enti locali interessati chiedono alla Conferenza unificata di segnalare il ritardo o l'inerzia al Presidente del Consiglio dei Ministri, che indica il termine per provvedere. Decorso inutilmente tale termine il Presidente del Consiglio dei Ministri nomina un commissario *ad acta*».

Nota all'art. 7:

— Per il testo dell'art. 5, comma 2, della citata legge 30 novembre 1998, n. 419, si veda in nota al titolo.

Note all'art. 8:

— Per il testo dell'art. 7 del citato decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, si veda nelle note all'art. 6.

— Per il testo dell'art. 5, comma 2, della legge 30 novembre 1998, n. 419, si veda in nota al titolo.

98G0305

DOMENICO CORTESANI, *direttore*

FRANCESCO NOCITA, *redattore*
ALFONSO ANDRIANI, *vice redattore*

(2651448/1) Roma Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO

LIBRERIE CONCESSIONARIE PRESSO LE QUALI È IN VENDITA LA GAZZETTA UFFICIALE

ABRUZZO

◇ **CHIETI**
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI - DE LUCA
Via A. Herio, 21

◇ **L'AQUILA**
LIBRERIA LA LUNA
Viale Persichetti, 9/A

◇ **PESCARA**
LIBRERIA COSTANTINI DIDATTICA
Corso V. Emanuele, 146
LIBRERIA DELL'UNIVERSITÀ
Via Galilei (ang. via Gramsci)

◇ **SULMONA**
LIBRERIA UFFICIO IN
Circonv. Occidentale, 10

◇ **TERAMO**
LIBRERIA DE LUCA
Via Riccitelli, 6

BASILICATA

◇ **MATERA**
LIBRERIA MONTEMURRO
Via delle Beccherie, 69
GULLIVER LIBRERIE
Via del Corso, 32

◇ **POTENZA**
LIBRERIA PAGGI ROSA
Via Pretoria

CALABRIA

◇ **CATANZARO**
LIBRERIA NISTICÒ
Via A. Daniele, 27

◇ **COSENZA**
LIBRERIA DOMUS
Via Monte Santo, 70/A

◇ **PALMI**
LIBRERIA IL TEMPERINO
Via Roma, 31

◇ **REGGIO CALABRIA**
LIBRERIA L'UFFICIO
Via B. Buozzi, 23/A/B/C

◇ **VIBO VALENTIA**
LIBRERIA AZZURRA
Corso V. Emanuele III

CAMPANIA

◇ **ANGRI**
CARTOLIBRERIA AMATO
Via dei Goti, 11

◇ **AVELLINO**
LIBRERIA GUIDA 3
Via Vasto, 15
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI
Via Matteotti, 30-32
CARTOLIBRERIA CESA
Via G. Nappi, 47

◇ **BENEVENTO**
LIBRERIA LA GIUDIZIARIA
Via F. Paga, 11
LIBRERIA MASONE
Viale Rettori, 71

◇ **CASERTA**
LIBRERIA GUIDA 3
Via Caduti sul Lavoro, 29-33

◇ **CASTELLAMMARE DI STABIA**
LINEA SCUOLA
Via Raiola, 69/D

◇ **CAVA DEI TIRRENI**
LIBRERIA RONDINELLA
Corso Umberto I, 253

◇ **ISCHIA PORTO**
LIBRERIA GUIDA 3
Via Sogliuzzo

◇ **NAPOLI**
LIBRERIA LEGISLATIVA MAJOLO
Via Caravita, 30
LIBRERIA GUIDA 1
Via Portalba, 20-23
LIBRERIA L'ATENEO
Viale Augusto, 168-170
LIBRERIA GUIDA 2
Via Merliani, 118
LIBRERIA I.B.S.
Salita del Casale, 18

◇ **NOCERA INFERIORE**
LIBRERIA LEGISLATIVA CRISCUOLO
Via Fava, 51;

◇ **NOLA**
LIBRERIA EDITRICE LA RICERCA
Via Fonseca, 59

◇ **POLLA**
CARTOLIBRERIA GM
Via Crispi

◇ **SALERNO**
LIBRERIA GUIDA
Corso Garibaldi, 142

EMILIA-ROMAGNA

◇ **BOLOGNA**
LIBRERIA GIURIDICA CERUTI
Piazza Tribunali, 5/F
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI
Via Castiglione, 1/C
GIURIDICA EDINFORM
Via delle Scuole, 38

◇ **CARPI**
LIBRERIA BULGARELLI
Corso S. Cabassi, 15

◇ **CESENA**
LIBRERIA BETTINI
Via Vescovado, 5

◇ **FERRARA**
LIBRERIA PASELLO
Via Canonica, 16-18

◇ **FORLÌ**
LIBRERIA CAPPELLI
Via Lazzaretto, 51
LIBRERIA MODERNA
Corso A. Diaz, 12

◇ **MODENA**
LIBRERIA GOLIARDICA
Via Berengario, 60

◇ **PARMA**
LIBRERIA PIROLA PARMA
Via Farini, 34/D

◇ **PIACENZA**
NUOVA TIPOGRAFIA DEL MAINO
Via Quattro Novembre, 160

◇ **RAVENNA**
LIBRERIA GIURIDICA DI FERMANI MAURIZIO
Via Corrado Ricci, 12

◇ **REGGIO EMILIA**
LIBRERIA MODERNA
Via Farini, 1/M

◇ **RIMINI**
LIBRERIA DEL PROFESSIONISTA
Via XXII Giugno, 3

FRIULI-VENEZIA GIULIA

◇ **GORIZIA**
CARTOLIBRERIA ANTONINI
Via Mazzini, 16

◇ **PORDENONE**
LIBRERIA MINERVA
Piazzale XX Settembre, 22/A

◇ **TRIESTE**
LIBRERIA TERGESTE
Piazza Borsa, 15 (gall. Tergesteo)

◇ **UDINE**
LIBRERIA BENEDETTI
Via Mercatovecchio, 13
LIBRERIA TARANTOLA
Via Vittorio Veneto, 20

LAZIO

◇ **FROSINONE**
LIBRERIA EDICOLA CARINCI
Piazza Madonna della Neve, s.n.c.

◇ **LATINA**
LIBRERIA GIURIDICA LA FORENSE
Viale dello Statuto, 28-30

◇ **RIETI**
LIBRERIA LA CENTRALE
Piazza V. Emanuele, 8

◇ **ROMA**
LIBRERIA ECONOMICO GIURIDICA
Via S. Maria Maggiore, 121
LIBRERIA DE MIRANDA
Viale G. Cesare, 51/E-F-G
LIBRERIA EDITALIA
Via dei Prefetti, 16 (Piazza del Parlamento)
LIBRERIA LAURUS ROBUFFO
Via San Martino della Battaglia, 35
LIBRERIA L'UNIVERSITARIA
Viale Ippocrate, 99
LIBRERIA IL TRITONE
Via Tritone, 61/A
LIBRERIA MEDICHINI
Via Marcantonio Colonna, 68-70
LA CONTABILE
Via Tuscolana, 1027

◇ **SORA**
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI
Via Abruzzo, 4

◇ **TIVOLI**
LIBRERIA MANNELLI
Viale Mannelli, 10

◇ **VITERBO**
LIBRERIA "AR"
Palazzo Uffici Finanziari - Loc. Pietrare
LIBRERIA DE SANTIS
Via Venezia Giulia, 5

LIGURIA

◇ **CHIAVARI**
CARTOLERIA GIORGINI
Piazza N.S. dell'Orto, 37-38

◇ **GENOVA**
LIBRERIA GIURIDICA DI A. TERENGHI & DARIO CERIOLI
Galleria E. Martino, 9

◇ **IMPERIA**
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI - DI VIALE
Viale Matteotti, 43/A-45

LOMBARDIA

◇ **BERGAMO**
LIBRERIA LORENZELLI
Via G. D'Alzano, 5

◇ **BRESCIA**
LIBRERIA QUERINIANA
Via Trieste, 13

◇ **BRESSO**
LIBRERIA CORRIDONI
Via Corridoni, 11

◇ **BUSTO ARSIZIO**
CARTOLIBRERIA CENTRALE BORAGNO
Via Milano, 4

◇ **COMO**
LIBRERIA GIURIDICA BERNASCONI
Via Mentana, 15

◇ **GALLARATE**
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI
Via Pulicelli, 1 (ang. p. risorgimento)
LIBRERIA TOP OFFICE
Via Torino, 8

◇ **LECCO**
LIBRERIA PIROLA - DI LAZZARINI
Corso Mart. Liberazione, 100/A

◇ **LIPOMO**
EDITRICE CESARE NANI
Via Statale Briantea, 79

◇ **LODI**
LA LIBRERIA S.a.s.
Via Defendente, 32

◇ **MANTOVA**
LIBRERIA ADAMO DI PELLEGRINI
Corso Umberto I, 32

◇ **MILANO**
LIBRERIA CONCESSIONARIA IPZS-CALABRESE
Galleria V. Emanuele II, 13-15
FOROBONAPARTE S.r.l.
Foro Bonaparte, 53

◇ **MONZA**
LIBRERIA DELL'ARENGARIO
Via Mapelli, 4

◇ **PAVIA**
LIBRERIA GALASSIA
Corso Mazzini, 28

◇ **SONDRIO**
LIBRERIA MAC
Via Caimi, 14

◇ **VARESE**
LIBRERIA PIROLA - DI MITRANO
Via Albuzzi, 8

Segue: **LIBRERIE CONCESSIONARIE PRESSO LE QUALI È IN VENDITA LA GAZZETTA UFFICIALE**

MARCHE

◇ **ANCONA**
LIBRERIA FOGOLA
Piazza Cavour, 4-5-6
◇ **ASCOLI PICENO**
LIBRERIA PROSPERI
Largo Crivelli, 8
◇ **MACERATA**
LIBRERIA UNIVERSITARIA
Via Don Minzoni, 6
◇ **PESARO**
LIBRERIA PROFESSIONALE MARCHIGIANA
Via Mameli, 34
◇ **S. BENEDETTO DEL TRONTO**
LA BIBLIOFILA
Via Ugo Bassi, 38

MOLISE

◇ **CAMPOBASSO**
LIBRERIA GIURIDICA DI.E.M.
Via Capriglione, 42-44
CENTRO LIBRARIO MOLISANO
Viale Manzoni, 81-83

PIEMONTE

◇ **ALBA**
CASA EDITRICE I.C.A.P.
Via Vittorio Emanuele, 19
◇ **ALESSANDRIA**
LIBRERIA INTERNAZIONALE BERTOLOTTI
Corso Roma, 122
◇ **BIELLA**
LIBRERIA GIOVANNACCI
Via Italia, 14
◇ **CUNEO**
CASA EDITRICE ICAP
Piazza dei Galimberti, 10
◇ **NOVARA**
EDIZIONI PIROLA E MODULISTICA
Via Costa, 32
◇ **TORINO**
CARTIERE MILIANI FABRIANO
Via Cavour, 17
◇ **VERBANIA**
LIBRERIA MARGAROLI
Corso Mameli, 55 - Intra
◇ **VERCELLI**
CARTOLIBRERIA COPPO
Via Galileo Ferraris, 70

PUGLIA

◇ **ALTAMURA**
LIBRERIA JOLLY CART
Corso V. Emanuele, 16
◇ **BARI**
CARTOLIBRERIA QUINTILIANO
Via Arcidiacono Giovanni, 9
LIBRERIA PALOMAR
Via P. Amedeo, 176/B
LIBRERIA LATERZA GIUSEPPE & FIGLI
Via Sparano, 134
LIBRERIA FRATELLI LATERZA
Via Crisanzio, 16
◇ **BRINDISI**
LIBRERIA PIAZZO
Corso Garibaldi, 38/A
◇ **CERIGNOLA**
LIBRERIA VASCIAVEO
Via Gubbio, 14
◇ **FOGGIA**
LIBRERIA PATIERNO
Via Dante, 21
◇ **LECCE**
LIBRERIA LECCE SPAZIO VIVO
Via Palmieri, 30
◇ **MANFREDONIA**
LIBRERIA IL PAPIRO
Corso Manfredi, 126
◇ **MOLFETTA**
LIBRERIA IL GHIGNO
Via Campanella, 24
◇ **TARANTO**
LIBRERIA FUMAROLA
Corso Italia, 229

SARDEGNA

◇ **CAGLIARI**
LIBRERIA F.LLI DESSÌ
Corso V. Emanuele, 30-32
◇ **ORISTANO**
LIBRERIA CANU
Corso Umberto I, 19
◇ **SASSARI**
LIBRERIA MESSAGGERIE SARDE
Piazza Castello, 11
LIBRERIA AKA
Via Roma, 42

SICILIA

◇ **ACIREALE**
LIBRERIA S.G.C. ESSEGICI S.a.s.
Via Caronda, 8-10
CARTOLIBRERIA BONANNO
Via Vittorio Emanuele, 194
◇ **AGRIGENTO**
TUTTO SHOPPING
Via Panoramica dei Templi, 17
◇ **CALTANISSETTA**
LIBRERIA SCIASCIA
Corso Umberto I, 111
◇ **CASTELVETRANO**
CARTOLIBRERIA MAROTTA & CALIA
Via Q. Sella, 106-108
◇ **CATANIA**
LIBRERIA LA PAGLIA
Via Etnea, 393
LIBRERIA ESSEGICI
Via F. Riso, 56
LIBRERIA RIOLO FRANCESCA
Via Vittorio Emanuele, 137
◇ **GIARRE**
LIBRERIA LA SENORITA
Corso Italia, 132-134
◇ **MESSINA**
LIBRERIA PIROLA MESSINA
Corso Cavour, 55
◇ **PALERMO**
LIBRERIA S.F. FLACCOVIO
Via Ruggero Settimo, 37
LIBRERIA FORENSE
Via Maqueda, 185
LIBRERIA S.F. FLACCOVIO
Piazza V. E. Orlando, 15-19
LIBRERIA MERCURIO LI.CA.M.
Piazza S. G. Bosco, 3
LIBRERIA DARIO FLACCOVIO
Viale Ausonia, 70
LIBRERIA CICALA INGUAGGIATO
Via Villaermosa, 28
LIBRERIA SCHOOL SERVICE
Via Galletti, 225
◇ **S. GIOVANNI LA PUNTA**
LIBRERIA DI LORENZO
Via Roma, 259
◇ **SIRACUSA**
LA LIBRERIA DI VALVO E SPADA
Piazza Euripide, 22
◇ **TRAPANI**
LIBRERIA LO BUE
Via Cascio Cortese, 8
LIBRERIA GIURIDICA DI SAFINA
Corso Italia, 81

TOSCANA

◇ **AREZZO**
LIBRERIA PELLEGRINI
Via Cavour, 42
◇ **FIRENZE**
LIBRERIA PIROLA «già Etruria»
Via Cavour, 46/R
LIBRERIA MARZOCCO
Via de' Martelli, 22/R
LIBRERIA ALFANI
Via Alfani, 84-86/R
◇ **GROSSETO**
NUOVA LIBRERIA
Via Mille, 6/A
◇ **LIVORNO**
LIBRERIA AMEDEO NUOVA
Corso Amedeo, 23-27
LIBRERIA IL PENTAFOGLIO
Via Fiorenza, 4/B
◇ **LUCCA**
LIBRERIA BARONI ADRI
Via S. Paolino, 45-47
LIBRERIA SESTANTE
Via Montanara, 37
◇ **MASSA**
LIBRERIA IL MAGGIOLINO
Via Europa, 19
◇ **PISA**
LIBRERIA VALLERINI
Via dei Mille, 13
◇ **PISTOIA**
LIBRERIA UNIVERSITARIA TURELLI
Via Macallè, 37
◇ **PRATO**
LIBRERIA GORI
Via Ricasoli, 25
◇ **SIENA**
LIBRERIA TICCI
Via delle Terme, 5-7
◇ **VIAREGGIO**
LIBRERIA IL MAGGIOLINO
Via Puccini, 38

TRENTINO-ALTO ADIGE

◇ **TRENTO**
LIBRERIA DISERTORI
Via Diaz, 11

UMBRIA

◇ **FOLIGNO**
LIBRERIA LUNA
Via Gramsci, 41
◇ **PERUGIA**
LIBRERIA SIMONELLI
Corso Vannucci, 82
LIBRERIA LA FONTANA
Via Sicilia, 53
◇ **TERNI**
LIBRERIA ALTEROCCA
Corso Tacito, 29

VENETO

◇ **BELLUNO**
LIBRERIA CAMPDEL
Piazza Martiri, 27/D
◇ **CONEGLIANO**
LIBRERIA CANOVA
Via Cavour, 6/B
◇ **PADOVA**
LIBRERIA DIEGO VALERI
Via Roma, 114
◇ **ROVIGO**
CARTOLIBRERIA PAVANELLO
Piazza V. Emanuele, 2
◇ **TREVISO**
CARTOLIBRERIA CANOVA
Via Calmaggiore, 31
◇ **VENEZIA**
CENTRO DIFFUSIONE PRODOTTI
EDITORIALI I.P.Z.S.
S. Marco 1893/B - Campo S. Fantin
◇ **VERONA**
LIBRERIA L.E.G.I.S.
Via Adigetto, 43
LIBRERIA GROSSO GHELFI BARBATO
Via G. Carducci, 44
LIBRERIA GIURIDICA EDITRICE
Via Costa, 5
◇ **VICENZA**
LIBRERIA GALLA 1880
Corso Palladio, 11

MODALITÀ PER LA VENDITA

La «Gazzetta Ufficiale» e tutte le altre pubblicazioni ufficiali sono in vendita al pubblico:
- **presso l'Agenzia dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato in ROMA: piazza G. Verdi, 10;**
- **presso le Librerie concessionarie indicate nelle pagine precedenti.**

Le richieste per corrispondenza devono essere inviate all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Direzione Marketing e Commerciale - Piazza G. Verdi, 10 00100 Roma, versando l'importo, maggiorato delle spese di spedizione, a mezzo del c/c postale n. 387001. Le inserzioni, come da norme riportate nella testata della parte seconda, si ricevono con pagamento anticipato, presso le agenzie in Roma e presso le librerie concessionarie.

PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO - 1999

Gli abbonamenti annuali hanno decorrenza dal 1° gennaio e termine al 31 dicembre 1999
i semestrali dal 1° gennaio al 30 giugno 1999 e dal 1° luglio al 31 dicembre 1999

PARTE PRIMA - SERIE GENERALE E SERIE SPECIALI
Ogni tipo di abbonamento comprende gli indici mensili

Tipo A - Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi tutti i supplementi ordinari:
- annuale L. 508.000
- semestrale L. 289.000

Tipo A1 - Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi:
- annuale L. 416.000
- semestrale L. 231.000

Tipo A2 - Abbonamento ai supplementi ordinari contenenti i provvedimenti non legislativi:
- annuale L. 115.500
- semestrale L. 69.000

Tipo B - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte costituzionale:
- annuale L. 107.000
- semestrale L. 70.000

Tipo C - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti delle Comunità europee:
- annuale L. 273.000
- semestrale L. 150.000

Tipo D - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata alle leggi ed ai regolamenti regionali:
- annuale L. 106.000
- semestrale L. 68.000

Tipo E - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni:
- annuale L. 267.000
- semestrale L. 145.000

Tipo F - *Completo.* Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi e non legislativi ed ai fascicoli delle quattro serie speciali (ex tipo F):
- annuale L. 1.097.000
- semestrale L. 593.000

Tipo F1 - Abbonamento ai fascicoli della serie generale inclusi i supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi ed ai fascicoli delle quattro serie speciali (escluso il tipo A2):
- annuale L. 982.000
- semestrale L. 520.000

Integrando con la somma di **L. 150.000** *il versamento relativo al tipo di abbonamento della* Gazzetta Ufficiale - *parte prima - prescelto, si riceverà anche l'Indice repertorio annuale cronologico per materie 1999.*

Prezzo di vendita di un fascicolo separato della *serie generale*	L.	1.500
Prezzo di vendita di un fascicolo separato delle *serie speciali I, II e III*, ogni 16 pagine o frazione	L.	1.500
Prezzo di vendita di un fascicolo della *IV serie speciale «Concorsi ed esami»*	L.	2.800
Prezzo di vendita di un fascicolo *indici mensili*, ogni 16 pagine o frazione	L.	1.500
Supplementi ordinari per la vendita a fascicoli separati, ogni 16 pagine o frazione	L.	1.500
Supplementi straordinari per la vendita a fascicoli, ogni 16 pagine o frazione	L.	1.500

Supplemento straordinario «Bollettino delle estrazioni»

Abbonamento annuale	L.	162.000
Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione	L.	1.500

Supplemento straordinario «Conto riassuntivo del Tesoro»

Abbonamento annuale	L.	105.000
Prezzo di vendita di un fascicolo separato	L.	8.000

Gazzetta Ufficiale su MICROFICHES - 1999
(Serie generale - Supplementi ordinari - Serie speciali)

Abbonamento annuo (52 spedizioni raccomandate settimanali)	L.	1.300.000
Vendita singola: ogni microfiches contiene fino a 96 pagine di Gazzetta Ufficiale	L.	1.500
Contributo spese per imballaggio e spedizione raccomandata (da 1 a 10 microfiches)	L.	4.000

N.B. — Per l'estero i suddetti prezzi sono aumentati del 30%.

PARTE SECONDA - INSERZIONI

Abbonamento annuale	L.	474.000
Abbonamento semestrale	L.	283.000
Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione	L.	1.550

I prezzi di vendita, in abbonamento ed a fascicoli separati, per l'estero, *nonché quelli di vendita dei fascicoli delle* annate arretrate, *compresi i fascicoli dei supplementi ordinari e straordinari, sono* raddoppiati.

L'importo degli abbonamenti deve essere versato sul c/c postale n. 387001 intestato all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato. L'invio dei fascicoli disguidati, che devono essere richiesti entro 30 giorni dalla data di pubblicazione, è subordinato alla trasmissione dei dati riportati sulla relativa fascetta di abbonamento.

Per informazioni, prenotazioni o reclami attinenti agli abbonamenti oppure alla vendita della *Gazzetta Ufficiale* bisogna rivolgersi direttamente all'Amministrazione, presso l'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Piazza G. Verdi, 10 - 00100 ROMA

Ufficio abbonamenti	Vendita pubblicazioni	Ufficio inserzioni	Numero verde
☎ 06 85082149/85082221	☎ 06 85082150/85082276	☎ 06 85082146/85082189	☎ 167-864035